



**HAL**  
open science

## L'intérêt de la psychomotricité auprès de personnes handicapées vieillissantes

Camille Mottet

► **To cite this version:**

Camille Mottet. L'intérêt de la psychomotricité auprès de personnes handicapées vieillissantes : étude de personnes trisomiques âgées en foyer occupationnel. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018488

**HAL Id: dumas-01018488**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018488>**

Submitted on 4 Oct 2014

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

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

**UNIVERSITE DE BORDEAUX**

Institut de Formation en Psychomotricité

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

---

**L'INTERET DE LA  
PSYCHOMOTRICITE AUPRES  
DE PERSONNES HANDICAPEES  
VIEILLISSANTES**

---

**Etude de personnes trisomiques âgées  
en foyer occupationnel**

**MOTTET Camille**

**Née le 15 décembre 1992 à DREUX**

**Juin 2014**

# REMERCIEMENTS

Merci à Mme ZUBER, directrice adjointe du foyer, et à Mr BAILLI, médecin psychiatre, pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon mémoire et les pistes de réflexions qu'ils m'ont apporté.

Merci à mon maître de stage et directeur de mémoire, Mr RENOUARD, pour ses conseils judicieux et pour avoir encouragé et soutenu mes projets.

Merci à Séverine RICARD qui m'a également accueillie en stage et épaulé tout au long de l'année.

Merci à Mr GARCIA Stéphane, éducateur spécialisé et aux membres de son équipe, Sylvie, Elodie, Malika, Thierry, Christophe, et Benjamin pour leur collaboration et le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer.

Merci à Mme RIVIERE Fabienne, éducatrice spécialisée pour avoir volontiers partagé ses connaissances et ses recherches sur le vieillissement des personnes handicapées.

Merci aux résidents et aux différents professionnels du foyer pour leur accueil chaleureux.

Merci à mes camarades pour les riches moments de partages et d'échanges autour de la psychomotricité au cours de ces trois années de formation.

Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien, leurs encouragements et leurs petites attentions tout au long de l'année.

Merci particulièrement à ma mère pour sa relecture attentive et à ma sœur, future éducatrice spécialisée, pour ses conseils avisés.

Merci enfin à Jacqueline qui a éveillé en moi un intérêt particulier pour le grand âge et m'a amenée à commencer à en penser toute la complexité.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>PREMIERE PARTIE THEORIQUE : Le vieillissement des personnes trisomiques</b>	<b>6</b>
<b>I. Le vieillissement</b>	<b>7</b>
<b>II. La personne handicapée vieillissante : la trisomie 21</b>	<b>22</b>
<b>A. Le handicap mental</b>	<b>22</b>
<b>B. Le syndrome de Down</b>	<b>28</b>
<b>DEUXIEME PARTIE CLINIQUE : L'accompagnement en psychomotricité de personnes trisomiques vieillissantes</b>	<b>35</b>
<b>I. Présentation du foyer occupationnel</b>	<b>36</b>
<b>II. Le projet</b>	<b>38</b>
<b>III. L'accompagnement en psychomotricité</b>	<b>39</b>
<b>IV. L'atelier de prévention</b>	<b>53</b>
<b>TROISIEME PARTIE : Discussion</b>	<b>63</b>
<b>I. Bilan et Analyse de ma pratique</b>	<b>64</b>
<b>II. Quelques réflexions...</b>	<b>66</b>
<b>Conclusion</b>	<b>68</b>

# AVANT-PROPOS

Maïté<sup>1</sup> souffre d'un Syndrome de Down (aussi appelé trisomie 21). Elle vit depuis plusieurs années dans un foyer occupationnel. Elle a aujourd'hui 62 ans ce qui représente plus de 80 ans en âge physiologique<sup>2</sup> pour une personne trisomique. Maïté souhaite tout faire seule et se montre opposante si de l'aide lui est proposée. Cependant, la force lui manque car elle est de plus en plus limitée sur le plan moteur. Cela génère une intense frustration. De plus, son corps est très douloureux. Maïté appréhende donc grandement les mobilisations et le manifeste bruyamment avant chacune d'elle.

Ses innombrables cris mettent à mal l'équipe. Les aides médico-psychologiques (AMP) et les moniteurs éducateurs (ME) présents sur son unité appréhendent de plus en plus les temps de réveils, de transferts et de toilettes. Maïté perçoit cet état tensionnel à son contact et crie alors davantage encore. Un véritable cercle vicieux est enclenché.

Toutefois, la protection de Maïté étant généralement saturée et ses draps souillés, l'équipe ne peut se résoudre à l'inaction. Maïté s'exclame alors « C'est pas ma faute ! » ou encore « T'es méchant ! Dégage ! ». Tout cela renvoie à l'équipe un sentiment de maltraitance très culpabilisant. Cependant, elle ne peut pas toujours attendre que Maïté soit mieux disposée. Ces professionnels doivent composer en effet entre le temps nécessaire à consacrer à Maïté et leurs rôles auprès de tous les autres résidents de l'unité. Ils semblent alors être dans une impasse. Pour les soulager quelque peu, le foyer a fait appel au Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour la toilette de Maïté.

---

<sup>1</sup> Les prénoms ont été changés.

<sup>2</sup> L'âge physiologique appelé aussi âge biologique, reflète l'état physiologique ou fonctionnel exact de l'individu. Cet âge physiologique ne correspond pas forcément à l'âge chronologique de la personne.

# INTRODUCTION

On assiste actuellement à un véritable « papy-boom ». Les personnes présentant un handicap sont aussi concernées par ce phénomène. Aujourd'hui, l'espérance de vie des personnes handicapées se rapproche de celle de l'ensemble de la population. Il s'agit là d'une réelle avancée dont on peut se réjouir. Cependant, le vieillissement des personnes en situation de handicap pose de nouvelles questions.

En deuxième année, un professeur nous informa du manque de dispositifs d'accueils pour personnes handicapées vieillissantes en France et du peu de formation de leurs soignants et accompagnateurs. Les progrès de la médecine et l'évolution des modes d'accompagnements sont incontestables. Ils ont largement contribué à l'accroissement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap. Toutefois, leurs conditions peuvent encore être améliorées sous bien des aspects. Ayant dans mon entourage des personnes porteuses de handicaps qui avancent en âge, ce sujet m'a interpellée. J'ai donc envisagé d'axer ma réflexion de troisième année sur ce thème. Cela me paraissait opportun, car nous avons à la rentrée suivante un module de gériatrie.

J'ai recherché des stages allant dans ce sens. Cependant, le champ d'investigation était très vaste, car la dénomination même de « personnes handicapées vieillissantes » peut désigner des sujets aux pathologies très variées. « Handicap » comme « vieillesse » sont des termes dont les notions sont imprécises et mouvantes. Il s'agit donc d'une population difficile à définir et dont la réalité est très hétérogène. Une étude exhaustive étant impossible, je me suis centrée sur le vieillissement des personnes handicapées sur le plan mental. Cela restait encore un sujet très large.

Il s'avère qu'un foyer occupationnel (FO) était au quotidien confronté à la prise en charge du vieillissement de ses résidents. La directrice et le psychiatre de l'établissement travaillaient d'ailleurs sur un projet d'ouverture, aux abords du foyer, d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour personnes handicapées vieillissantes. La question était donc au cœur de leurs préoccupations.

Avant d'entreprendre ce stage, je me suis demandée s'il était possible malgré la grande hétérogénéité d'handicaps mentaux, de déterminer les grands axes de modifications psychomotrices liés à l'âge. Je souhaitais montrer les réponses spécifiques que pouvait apporter la psychomotricité aux difficultés entraînées par la vieillesse chez des personnes déficientes mentales. Cependant, il me fallait d'abord comprendre en quoi ce phénomène pouvait être problématique. Le vieillissement des personnes en situation de handicap présentait-il des spécificités? De plus, comment distinguer les handicaps pouvant être consécutifs de l'avancée en âge du handicap initial?

Une fois le stage débuté, je me suis rapprochée d'une équipe intéressée par mon projet de mémoire au vu des profils de ses résidents. Des personnes âgées trisomiques ont retenu mon attention. A partir de mes observations, j'ai commencé à envisager l'intervention en psychomotricité. A travers ce mémoire, mon intention est de démontrer l'intérêt du travail du psychomotricien auprès de personnes porteuses d'un syndrome de Down âgées.

Dans une première partie théorique, je commencerai par m'intéresser au vieillissement d'une manière générale. Le vieillissement s'accompagne bien souvent de la dégradation de l'état de santé de la personne. Cela est plus crucial encore pour les personnes handicapées qui sont souvent plus vulnérables. C'est pourquoi je m'arrêterai ensuite sur la notion de handicap. Nous verrons ainsi en quoi les problématiques de la vieillesse et du handicap se rejoignent. Je les mettrai ensuite en lien à travers le cas particulier des personnes trisomiques. Cela m'amènera à discerner au niveau psychomoteur les effets particuliers du vieillissement pour une personne porteuse d'un syndrome de Down.

Dans une seconde partie plus clinique, après avoir présenté le foyer occupationnel où je suis en stage, je m'attarderai sur les cas de Maïté, Jean et Didier, trois personnes trisomiques d'un âge avancé. Après avoir défini leurs profils psychomoteurs, j'exposerai mes projets d'accompagnement en psychomotricité. Je présenterai les diverses interventions mises en place en matière de prévention et de thérapie les concernant. Je terminerai ce volet par un bilan de leurs évolutions.

Pour finir, dans une dernière partie, je ferai une analyse de ma pratique de la psychomotricité et je questionnerai ma place de stagiaire dans l'institution. Je conclurai par une réflexion sur l'offre de soins proposée aux personnes handicapées vieillissantes actuellement.

**PREMIERE PARTIE THEORIQUE :**  
**LE VIEILLISSEMENT**  
**DES PERSONNES TRISOMIQUES**

*« La vieillesse c'est... quand on tient plus bien sur ses jambes,  
c'est se sentir vieux, être pas bien dans sa tête et plus se débrouiller...  
J'ai peur de vieillir, j'ai peur de la mort. »*

*Janette*  
*57 ans ½, résidente du foyer occupationnel*



# I. LE VIEILLISSEMENT

Jamais nous n'avons vécu aussi longtemps qu'en ce début de XXI siècle. De tout temps, il est vrai, certains humains ont vécu vieux. Aujourd'hui, la particularité de notre société tient à la généralisation de ce phénomène, notamment aux personnes handicapées.

L'accompagnement en psychomotricité des personnes handicapées dans ce processus de vieillissement, peut les aider à mieux connaître et mieux vivre les changements qu'il entraîne.

Toutefois, comprendre le vieillissement spécifique des personnes handicapées suppose d'avoir au préalable une connaissance du processus de vieillissement « normal ». Ce domaine à lui seul prête à débat puisque les personnes âgées ne forment pas une composante homogène. « Il y a des millions d'êtres et tout un nuancier d'existences. »<sup>3</sup> C'est pourquoi dans cette première partie je m'attacherai à en exposer toute la diversité. Ainsi nous pourrons par la suite appréhender l'étude du vieillissement chez la personne porteuse de handicap dans toute sa complexité.

## 1. Proposition de définition

A quel âge est-on « vieux » ? Cette question peut faire sourire mais la réponse est loin d'être évidente. Dans la mesure où il y a une grande hétérogénéité de profils chez des personnes d'un même âge, comment définir une personne âgée ? Est-ce l'âge qui fait loi ? Désignons-nous une personne comme « vieille » en fonction de ses caractéristiques physiques, de ses capacités motrices ou encore de ses facultés mentales ?

Avant toute étude des particularités de l'avancée en âge, il convient de bien s'entendre sur les mots. C'est pourquoi je commencerai par définir et distinguer les termes de vieillissement et de vieillesse.

---

<sup>3</sup> DETEMBEL Régine, entretien avec JEANNE Yves, « Il règne autour de la figure du vieillard une monstrueuse inculture ». Vieillir handicapé, Collection Connaissance de la diversité, Toulouse, Edition ERES 2011.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement est un « **processus graduel et irréversible** de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps »<sup>4</sup>. Le vieillissement évoque donc une évolution qui commence dès la naissance, des transformations auxquelles il nous faut sans cesse nous adapter. C'est un vécu, une expertise. Le mot vieillissement porte le mot « vie », c'est un processus vital et inhérent à toute existence. Il n'y a donc pas que les vieux qui vieillissent ! Le vieillissement nous concerne tous, c'est un processus normal, naturel et inéluctable de modification de l'organisme.

La vieillesse est la troisième période de la vie, succédant à l'enfance et à l'âge adulte. C'est un **état**, une **construction sociale** basée sur des catégories d'âges censées regrouper des personnes ayant des caractéristiques et des besoins communs liés à une période de leur existence. Les limites de la vieillesse sont difficiles à définir. Une définition sociétale utilise comme critère d'âge la retraite professionnelle. Cela revient à qualifier de vieilles toutes les personnes de 55 à 60 ans ! Les services destinés aux personnes âgées jugent plus pertinent de retenir l'âge de 75 ans. L'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques, quant à lui, est d'environ 85 ans. La vieillesse connaît donc plusieurs définitions.

Socialement, on peut toutefois distinguer deux périodes de vieillesse. La première, parfois dite du troisième âge, va ordinairement de 60 à 80 ans environ. La seconde correspond à ce que l'on nomme souvent le quatrième âge. Elle concerne les sujets très âgés privés plus ou moins de leur autonomie et nécessitant des soins médicaux complexes. Tout au long de ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement à la première période de la vieillesse.

## 2. Données épidémiologiques

Il y a un vieillissement progressif et continu de la population planétaire. Il tient à la baisse constante des taux de fécondité et à l'allongement de l'espérance de vie. En conséquence, « nous nous approchons à grands pas du jour où les seniors seront plus nombreux que les juniors »<sup>5</sup>. C'est une situation historique sans précédent.

---

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé, « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation », Genève, 2002.

<sup>5</sup> OMS, Journée internationale des personnes âgées, Questions-réponses, 1er octobre 2010.

D'après l'OMS<sup>6</sup>, entre 2000 et 2050, le pourcentage de la population mondiale âgée de plus de 60 ans doublera. Leur nombre devrait passer de 605 millions à deux milliards pendant cette période. Le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus sera multiplié par quatre.

En France, l'espérance de vie augmente en moyenne d'un trimestre par an. Un enfant sur deux né en 2011 sera centenaire. La chute du nombre de naissances a commencé vers 1965. Les baby-boomers d'après-guerre arrivent aujourd'hui à la retraite. Ils seront d'ici 2025 aux portes de la grande vieillesse. En 2020, les plus de 50 ans seront deux fois plus nombreux que les moins de 20 ans.<sup>7</sup>

Par ailleurs, on enregistre 4% d'accroissement des chutes par an. Parmi elles, 37,3 millions sont suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux.<sup>8</sup> Les plus susceptibles de faire des chutes mortelles sont les personnes de plus de 65 ans. Le vieillissement sera donc l'un des thèmes majeurs de ce siècle et la prévention dans ce domaine est plus que jamais d'actualité.

### 3. Les différentes représentations des « vieux », de la vieillesse et du vieillissement

Comment varia le regard porté sur la vieillesse en fonction des époques et des cultures ?  
Quelles représentations avons-nous inventé pour appréhender cette période de la vie ?

- **Petit historique**

En **Egypte**, 2450 ans avant notre ère (av. n. è.), le vizir d'un Pharaon déclara que « la vieillesse est le pire des malheurs qui puisse affliger un homme ». Dans la **Grèce** antique, la mythologie présentait les anciens dieux comme étant de plus en plus méchants et pervers en avançant en âge au point qu'il faille les remplacer par des dieux jeunes. Homère cependant, au VIII siècle av. n. è., associait la vieillesse à la sagesse. Le peuple **Juif** est depuis toujours connu pour le respect que les personnes âgées lui inspirent. La loi de Moïse prescrivait en effet dans le Lévitique : « Devant les cheveux gris tu te lèveras, et tu dois avoir des égards pour la personne du vieillard ». En **Chine**, au VI siècle av. n. è., Confucius a fait du patriarche une autorité indiscutée dans la famille, à qui tous devaient obéir. La société chinoise en générale se montre plutôt avenante avec les personnes âgées.

---

<sup>6</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Vieillesse et qualité de vie.

<sup>7</sup> ZRIBI Gérard, « Le vieillissement des personnes handicapées mentales ». PRESSES de l'EHESP 2012.

<sup>8</sup> WHO, « Global report on falls prevention in older age ».

**Hippocrate**, au V siècle av. n. è., pensait que la vieillesse correspondait à une rupture d'équilibre entre les quatre humeurs. Pour lui, elle surviendrait à partir de 56 ans. Au IV siècle avant n. è., selon **Platon**, les compétences acquises avec l'expérience priment sur le déclin physique. C'est pourquoi, il reviendrait aux plus âgés de commander et aux jeunes d'obéir. D'après son contemporain **Aristote**, la vie serait conditionnée par la chaleur et la vieillesse serait due à un refroidissement intérieur. Et puisque selon lui, l'homme n'existe que par l'union de l'âme et du corps, le déclin du corps après 50 ans entraînerait celui de la personne. **Cicéron**, au I<sup>er</sup> siècle av. n. è., soutenait que « le vieillard conserve tout son esprit pourvu qu'il ne renonce ni à l'exercer ni à l'enrichir ». De plus, il dénonçait l'assimilation trop facile de certains traits de caractères à la vieillesse : l'avarice, l'irascibilité, etc. Il s'agirait en réalité de défauts existant déjà chez l'individu avant de devenir vieux. **Sénèque** cent ans plus tard rendait une vision positive de la vieillesse en déclarant : « les fruits n'ont toute leur saveur qu'au moment où ils passent ».

Au **Moyen âge**, les tentatives d'explications de la vieillesse ont foisonné. Roger Bacon pensait au XIII siècle que la vieillesse était une maladie. Plus tard au XVI siècle Paracelse affirmait que la senescence était dûe à une auto-intoxication. Au XVIII se répandait l'idée que le corps est une machine qui s'use en fonctionnant. Le vieillissement serait l'accumulation de séquelles organiques. En parallèle se sont développées les théories vitalistes : l'organisme serait doté d'une énergie vitale qui s'épuise avec le temps.

Plus près de nous, au XIX<sup>e</sup> siècle, **Zola** dénonça l'exploitation des personnes âgées. Parallèlement, **Victor Hugo** fit un véritable hymne à la vieillesse dans son recueil de poèmes : l'art d'être grand-père. Plus récemment encore, au XX<sup>e</sup> siècle, **Simone de Beauvoir** déclara : « la vieillesse n'est pas conçue comme la limite de la condition humaine mais comme sa vérité : c'est à partir d'elle qu'il faut comprendre l'homme. » Cette pensée est encore influente aujourd'hui. Actuellement, on se représente préférablement le vieillissement comme inhérent au processus de la vie, chaque organisme contenant dès la naissance sa propre vieillesse.

Beaucoup considèrent que ces dernières années, dans la culture française, la place des personnes âgées dans la famille a changé. D'après eux, dans le passé, ceux d'un âge avancé représentaient ceux qui savaient. Ils étaient écoutés et respectés. Les enfants ne vivaient pas trop loin et prenaient naturellement en charge leurs parents si c'était nécessaire. Aujourd'hui, puisque les enfants sont amenés à changer plusieurs fois de villes dans leur vie, pour les études, le travail, etc., en cas de maladie, les personnes âgées seraient donc plus rapidement isolées.

Le psychologue clinicien Jean-Marc TALPIN pense qu'il s'agit là d'une idéalisation. Selon lui, si dans le passé les personnes âgées étaient effectivement gardées à la ferme, ce n'était pas toujours par amour mais parce qu'ils en étaient propriétaires. « Il arrivait que les enfants les gardent donc mais pas forcément dans la maison : dans la grange, l'étable, les nourrissant mal, les laissant en guenilles, etc., en attendant que le vieux meure afin de pouvoir enfin hériter »<sup>9</sup>. Cela rejoint la pensée de l'historien Jean-Pierre GUTTON. Ce dernier rappelle qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, un législateur dû faire une loi visant à condamner ceux qui maltraitaient les personnes âgées.

Nous ne passons donc pas d'une représentation positive de la vieillesse dans l'antiquité à une représentation négative à partir de la révolution. Il y a toujours eu des mouvements de balancier entre un aspect et l'autre.

- **Nos représentations aujourd'hui**

Pour plusieurs raisons, dont les remarquables progrès réalisés au XX<sup>ème</sup> siècle en matière de médecine et d'hygiène, le temps de la «vieillesse» s'est allongé de 25 ans. En un sens la personne âgée vient de naître. Elle était une exception il y a encore cent ans. On parle aujourd'hui, nous l'avons vu, de troisième, quatrième, voir même de cinquième âge. Il y a cependant encore peu de penseurs de la vieillesse. Pendant des années la psychanalyse s'est désintéressée du vieillissement car le psychisme des personnes âgées était considéré comme trop peu plastique. Si le vieillissement de la population mondiale préoccupe de nombreux économistes ainsi que le milieu médical, il nous oblige aussi à dépoussiérer nos idées sur la personne âgée.

Il y a eu ces derniers temps quelques changements dans la prise en considération du grand âge et les représentations de la vieillesse. Hier encore, elles étaient largement péjoratives. Le Général De Gaulle l'illustra à travers sa célèbre déclaration : « La vieillesse est un naufrage ». A l'aube du troisième millénaire, selon le professeur Claude OLIEVENSTEIN, la vieillesse correspondrait plutôt en réalité, à « une autre manière de naviguer »<sup>10</sup>. Nos représentations aujourd'hui sont donc bien plus positives mais des progrès sont encore possibles.

---

<sup>9</sup> TALPIN Jean-Marc, « Psychologie du vieillissement normal et pathologique », Collection CURSUS Psychologie, Edition Armand Colin, Paris 2013.

<sup>10</sup> OLIEVENSTEIN Claude, « Naissance de la vieillesse », Edition Odile Jacob, Paris 1999 p31.

Le rapport de la vieillesse et la mort, par exemple, paraît si étroit qu'il semble souvent impossible d'évoquer l'un sans l'autre. Or on ne meurt pas de vieillesse, on meurt toujours de quelque chose. La vieillesse n'est pas une maladie ! On peut rencontrer des personnes âgées heureuses, actives, en bonne santé, se contentant de ce qu'elles ont. Elles sont autant occupées que durant leur vie « active » mais d'une autre manière moins contraignante.

La bibliothérapeute Régine DETAMBEL explique le caractère erroné des représentations négatives de la vieillesse. Selon elle, « fruits de nos préjugés, elles sont ignorantes des faits et occultent des pans entiers de l'expérience des personnes âgées. Elles trahissent notre haine de la vieillesse, avatar de la peur panique de notre propre vieillissement. »<sup>11</sup> C'est en effet une guerre que notre monde livre au corps vieilli. Apparenté au corps malade, il est souvent accaparé par le discours médical. Aux yeux de beaucoup, la vieillesse est un état à combattre et à retarder. En témoigne le marché de la beauté, promesse de l'éternelle jeunesse, qui n'a jamais été aussi florissant : soins « anti-âge », toxine botulique, etc. Beaucoup cherchent à faire disparaître les signes du vieillissement dans une logique de pensée magique. Comme si avec la disparition du signe disparaîtrait aussi le vieillissement, et derrière celui-ci la mort. Cette illusion « jeuniste » nous préserve de la nécessité à penser la vie dans son entier. Cela rejoint la pensée d'Yves JEANNE, maître de conférences à l'Université Lumière de Lyon, selon lequel « le déni de la mort s'inscrit dans notre contexte social et culturel occidental comme une norme acceptable »<sup>12</sup>. Ce serait ce refus de la mort et l'occultation du vieillissement, souvent assimilé à la déchéance, qui nous amèneraient à reléguer les personnes âgées loin des regards, en déléguant à des professionnels la tâche d'en prendre soin.

D'après Simone de Beauvoir, « par la manière dont une société se comporte avec ses vieillards, elle dévoile sans équivoque la vérité – souvent soigneusement masquée – de ses principes et de ses fins ». Partant de ce principe, on peut se demander si derrière la conception « socialisante » d'espaces communs (maison de retraite, résidences pour personnes âgées, etc.), il ne se cache pas une réalité inavouable : pouvoir surveiller les personnes âgées avec un effectif de professionnels réduit. De plus, ces mesures n'ont-elles pas tendances à extraire les personnes âgées du commun, de l'ordinaire de la vie ? Elles deviennent alors seulement l'objet de notre compassion et non plus nos pairs.

---

<sup>11</sup> DETAMBEL Régine, « Le Syndrome de la Diogène. Eloge de la vieillesse », Actes Sud, 2008.

<sup>12</sup> JEANNE Yves, « Vieillir handicapé », Collection Connaissance de la diversité, Toulouse, Edition ERES 2011.

La vieillesse est aussi couramment associée à la notion de régression. Or, même si il y a des parallèles, on ne peut pas parler de retour à l'enfance. La personne âgée est un adulte ; en état de dépendance certes ; mais qui a un statut, une identité. Selon FREUD, la dépendance ramène le vieillard vers l'état premier : « Hilflosigkeit » (traduit par « désaide »). La personne âgée ne redevient donc pas enfant, mais elle réutilise des processus psychiques infantiles. Il est donc plus à propos de parler d'une reprise de l'infantile.

La notion freudienne « **Hilflosigkeit** » désigne l'état d'impuissance de l'enfant qui, du fait de sa néoténie (inachèvement à la naissance), est absolument dépendant de son entourage.

#### 4. Les manifestations du vieillissement et l'intérêt de la psychomotricité

Malgré la grande hétérogénéité des performances psychomotrices des personnes âgées, il semble possible de déterminer des grands axes de modifications naturelles dûes au temps qui passe. Nous verrons notamment ici les répercussions des changements psycho-perceptivo-moteurs liés au vieillissement, dans le domaine de la psychomotricité.

##### a) Les manifestations physiques du vieillissement

Quand on évoque le vieillissement physique, on pense en premier lieu aux manifestations corporelles visibles. On observe avec l'avancée en âge une perte graduelle des cheveux et un blanchiment de la chevelure. La peau se ride et sa texture se modifie : elle est plus mince et élastique et des taches brunes apparaissent. Il y a aussi une modification de la posture : « Le corps s'affaisse peu à peu, le centre de gravité se délocalise et la verticalité devient moins fière »<sup>13</sup>.

François DAGONET<sup>14</sup>, philosophe français, définit trois dimensions du corps qui, selon lui, seraient confondues pour une personne en bonne santé. La première, « le corps en soi », est biologique. La seconde, « le corps pour soi », correspond au corps perçu et sous-tend notre identité personnelle. Enfin la dernière, « le corps pour les autres », correspond à notre identité sociale.

<sup>13</sup> POTEL Catherine, « Etre Psychomotricien », Collection Trames, 2ème Edition, ERES 2013, p46.

<sup>14</sup> DAGONET François. Le corps multiple est un, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1992.

D'après Raymonde FEILLET, docteur en sciences de l'éducation, au cours du vieillissement « la prise de conscience des transformations du corps modifie le poids de chaque dimension et nécessite que se reconstruise un autre équilibre identitaire »<sup>15</sup>. Avec l'apparition des signes physiques du vieillissement, le corps biologique prendrait de plus en plus de poids au détriment du corps perçu. L'image du corps de la personne âgée, concept défini par Françoise DOLTO, serait alors mise à mal.

Pour préserver un équilibre et réduire ses tensions, la personne âgée doit mettre des stratégies en place. Un suivi en psychomotricité peut l'accompagner dans ce cheminement. Pour l'aider à garder confiance en elle, le psychomotricien travaillera notamment sur la représentation que la personne âgée a d'elle-même.

**L'image du corps**  
fait référence aux perceptions et aux sentiments qu'éprouve une personne face à l'image de son corps. L'estime de soi, le narcissisme sont étroitement liés à cette image que nous avons de nous-même.

## **b) Les répercussions du vieillissement sur les systèmes sensoriels**

C'est grâce aux sens que nous sommes en relation avec notre environnement. Ils nous permettent de communiquer, d'être informés et d'agir sur le monde qui nous entoure. D'une manière générale, les déficits sensoriels sont dûs à la fragilisation des organes sensoriels et à la dégradation de la transmission de l'information aux voies centrales.

- **Tact**

On note une perte de la sensibilité cutanée et une diminution de la perception aux vibrations. La qualité et la quantité d'informations reçues dans l'espace de manipulation du sujet âgé se modifient. Les stimuli n'étant pas perçus assez rapidement, il y a par exemple un risque de blessures et de brûlures accru. La sensibilité au niveau des pieds est aussi altérée. Cela entraîne une « mauvaise perception des reliefs et de la consistance du sol »<sup>16</sup>. L'équilibre en est donc affecté.

---

<sup>15</sup> FEILLET Raymonde. Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi, Collection Pratiques gérontologiques, Toulouse, Editions ERES 2012.

<sup>16</sup> JUHEL Jean-Charles, « La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre ». PUL et Chronique sociale, Québec, 2010.



- **Vision**

Avec le temps, il y a une diminution de la sensibilité à la perception des couleurs. La sensibilité à l'éblouissement est plus grande et les temps d'adaptation aux changements de luminosité plus longs. Le cristallin s'opacifie ce qui entraîne une diminution de la précision visuelle et du spectre lumineux (fausses couleurs) et aussi une moins bonne perception des contrastes. La profondeur du champ visuel perd en souplesse et l'acuité visuelle est moins performante. L'activité oculomotrice est également plus lente.

La personne âgée perçoit donc moins bien les obstacles et les risques de se cogner ou de tomber sont augmentés. Les afférences visuelles sont essentielles pour l'organisation de la posture et la vision périphérique déterminante pour la fonction d'équilibration.

- **Audition**

Il y a avec l'avancée en âge une plus grande sensibilité aux bruits de l'environnement. Les fréquences aiguës sont moins bien perçues, entraînant une mauvaise compréhension du discours. La personne âgée présente aussi une stéréoaousie<sup>17</sup> (une difficulté à localiser un bruit dans l'espace). L'audition permet de percevoir ce qui ne peut être perçu par la vue. La diminution de l'audition entraîne donc une perte des repères surtout au niveau de l'espace arrière. Cela peut engendrer un sentiment d'insécurité.

Le retentissement psychologique d'une perte de l'audition est conséquent. Une personne âgée ayant un déficit auditif aura souvent tendance à se retirer progressivement de sa famille et de ses activités sociales et à se replier sur elle-même. La surdité prédispose bien souvent à l'isolement.

- **Goût et olfaction**

Il y a une réduction de la sensibilité aux odeurs et une diminution de la sensibilité gustative autour de 60 ans au niveau du seuil de perception et de discrimination.

---

<sup>17</sup> ALBARET Jean-Michel et AUBERT Éric. « Vieillesse et Psychomotricité », Collection PSYCHOMOTRICITE. Edition SOLAL 2001.

- **Proprioception**

La proprioception (les mouvements, les contacts, les pressions que nous ressentons) est intimement liée à la notion de schéma corporel. Cette sensibilité est à l'origine du sens de la position relative des segments du corps, de l'appréciation de leurs déplacements, de la régulation du tonus musculaire, de la statique et de l'équilibre.

Le psychomotricien Christian BALLOUARD, définit le schéma corporel comme un « référentiel postural auquel sont rapportées les perceptions, garant de l'efficacité des intentions motrices » et qui « ne cesse d'être réactualisé à chaque fois que l'on bouge, grâce aux afférences proprioceptives, vestibulaires et visuelles. »<sup>18</sup> Or avec l'avancée en âge, la raréfaction du

Le **schéma corporel** est l'intuition d'ensemble ou connaissance immédiate que nous avons de notre corps, à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles, et son rapport avec l'espace environnant et les personnes.

nombre de récepteurs (ligamentaires, capsulaires, neuro tendineux de golgi et des fuseaux musculaires) entraîne une diminution de la quantité et de la qualité des messages envoyés au cerveau. Il y a de plus un ralentissement de la vitesse de transmission des informations. La discrimination proprioceptive manque alors de pertinence. Le schéma corporel va donc en être affecté. Cela associé au vieillissement de l'appareil locomoteur peut expliquer les fréquents problèmes de chutes chez les personnes âgées.

### c) **Les répercussions du vieillissement sur la motricité globale**

- **L'appareil locomoteur**

La motricité globale s'appuie sur l'appareil locomoteur. L'appareil locomoteur désigne l'ensemble des organes permettant à l'homme de se déplacer et de maintenir une posture en absence de mouvement. Il se compose du système musculaire, du squelette osseux et cartilagineux et des éléments qui y sont rattachés (ligaments, tendons...).

---

<sup>18</sup> BALLOUARD Christian, « L'aide-mémoire de la psychomotricité », Edition DUNOD, Paris, 2011.

La diminution de la densité des fibres musculaires entraîne une baisse de la force musculaire. La contraction et le relâchement sont donc plus lents. Cette fonte musculaire joue aussi un rôle dans l'altération des processus digestifs et dans les problèmes d'incontinence.

Au niveau du squelette et du cartilage, il y a une calcification entraînant des raideurs. Le système articulaire, comme toutes les autres fonctions, s'auto-entretient et la conservation d'une fonction dépend de son utilisation. C'est donc l'utilisation insuffisante des amplitudes articulaires possibles de certains mouvements qui les rendent non fonctionnels. L'intervention psychomotrice pourra aider à entretenir la mobilité des articulations par des exercices de motricité globale dynamiques.

S'il y a une déformation de la colonne vertébrale, le corps perd plus ou moins son axe corporel. Lors de déplacements, la personne aura alors tendance à déplacer son centre de gravité en dehors de la surface d'appui de pied. Cet élargissement du polygone de sustentation peut entraîner un certain déséquilibre. À travers des exercices mettant en jeu le contrôle tonique, un travail en psychomotricité permettra d'aider à maintenir une bonne posture et stabiliser ainsi les déviations de la colonne vertébrale.

Malgré la diminution de la force musculaire et l'altération ostéo-articulaire, l'homme a la capacité de se tenir debout et de marcher jusqu'à la fin de sa vie. Les possibilités de déplacements sont cependant plus limitées avec l'avancée en âge. Il y a une réduction de moitié de la vitesse de la marche. Les pas se font glissants voir traînants sur la surface du sol. Cela augmente le risque de chute par accrochage du pied. Il y a aussi une diminution de la durée de la phase d'appui uni-podal (piétinements). Tout cela entraîne une augmentation du coût énergétique lors de déplacements. La personne âgée réduit donc souvent ses activités. De ce fait, il y a une réduction de son espace personnel et l'espace commun est moins investi. Il y a un appauvrissement du schéma corporel en conséquence de l'immobilité.

- **L'équilibre**

« L'équilibre désigne l'ensemble des phénomènes destinés à lutter contre l'apesanteur, aussi bien dans la position debout qu'assise ».<sup>19</sup> Ces phénomènes sont de nature réflexes et presque imperceptibles à la conscience.

---

<sup>19</sup> JUHEL Jean-Charles, op. cit.

Nous l'avons vu, l'équilibre résulte d'une intégration complexe de plusieurs systèmes sensoriels mais aussi moteurs. Si l'un des récepteurs sensoriels fait défaut, il devient difficile pour une personne âgée de maintenir son équilibre dans des situations imprévues. Par conséquent, plus elle vieillit, plus le sentiment de manque de stabilité, de vertige, et d'insécurité augmente lors des déplacements.

Les personnes vieillissantes réagissent souvent aux pertes d'équilibre en raidissant leurs muscles au lieu de se servir de leur flexibilité. De plus, elles ont tendance à adopter une position de déséquilibre postérieure (observable également en position assise). Cela témoigne de leur crainte importante du vide antérieur et donc de la chute. Les facteurs psychologiques influent grandement sur la posture. Un travail de réassurance sera souvent au cœur de la pratique psychomotrice.

#### **d) Les répercussions cognitives du vieillissement**

Il n'existe pas d'âge à compter duquel les capacités cognitives diminuent. On constate seulement le déclin de la vitesse du traitement de l'information avec le vieillissement.

- **Mémoire**

La mémoire des faits anciens n'est généralement pas affectée par le vieillissement, mais la mémoire des faits récents peut l'être. Il y a une diminution des capacités de mémorisation à court terme. Celles-ci sont surtout nécessaires à l'association et l'interprétation des messages sensoriels. Cela entraîne une diminution de la vitesse des réactions d'association. Il y a donc un ralentissement des fonctions comme la planification, le jugement, la prise de décision et la capacité à résoudre un problème, etc.

Selon la gériopsychiatre Nathalie SHAMLIAN, « ce qu'on voit dans le vieillissement normal ce n'est pas tant les pertes de mémoire qu'une plus grande difficulté à retrouver l'information. »<sup>20</sup> En effet, l'information n'a pas disparue, elle est juste plus difficilement accessible.

---

<sup>20</sup> Nathalie SHAMLIAN, « Quand la mémoire s'en va », Université de Montréal, FORUM, édition du 31 janvier 2005 / volume 39, numéro 19.

- **Attention**

La capacité d'attention sélective s'amenuise avec l'avancée en âge en raison d'une moins bonne discrimination sensorielle. La concentration pour accomplir deux tâches simultanément devient plus difficile. Ces troubles se développent souvent consécutivement au peu d'intérêt que la personne âgée porte à elle-même et à son quotidien. Elle oublie parfois de vivre l'instant présent, occupée à la mise en ordre de ses souvenirs.

- **Fonctions exécutives**

Les fonctions exécutives sont les habilités permettant l'adaptation à des situations nouvelles, « non-routinières ». Elles regroupent notamment les capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problèmes, la pensée abstraite, l'initiative, etc. Les fonctions exécutives sont principalement sous le contrôle des lobes frontaux du cerveau.

Le cerveau est capable de modifier ses réseaux de neurones en fonction des expériences vécues par l'organisme. Il y a de ce fait une augmentation des connexions synaptiques tout au long de la vie. Cette capacité de remaniement perpétuel de l'appareil psychique est appelé plasticité cérébrale. Une personne, même âgée, est donc toujours capable d'apprentissages et présente de réelles facultés d'adaptation et de compensation. C'est parce qu'il y a cette plasticité cérébrale que l'éducation et la rééducation psychomotrice sont possible en gériatrie.

### **e) Les répercussions psycho-affectives du vieillissement**

Les personnes âgées se perçoivent comme étant sans âge. Chez les plus sensibles au normatif et au regard social, cette identité sans âge se trouve confrontée au problème du corps qui, lui, est affecté visiblement par le processus du vieillissement. D'après Régine DETAMBEL « ce décalage entre le sentiment de jeunesse intérieurement perçu et un corps visiblement vieillissant serait à l'origine d'une cassure de l'être »<sup>21</sup>. Cela rejoint la pensée du compositeur français Charles GOUNOD, selon qui « le dramatique de la vieillesse, ce n'est pas qu'on se fait vieux, c'est qu'on reste jeune ». En effet, nous pouvons être vieux, nous voir vieux, mais ne jamais nous sentir vieux.

---

<sup>21</sup> DETAMBEL Régine, op. cit.

D'après Jacques MESSY, si chez le jeune enfant le stade du miroir permet une première intégration psychique et ouvre sur une apparente unité selon LACAN... chez le sujet âgé, au contraire il met à mal cette unification. Il parle alors de « miroir brisé » qui fait que « lorsque l'idéal choit, la hideur se dévoile »<sup>22</sup>. Il oppose alors au moi idéal un moi « *hideur* ». Traumatisme enclenchant un processus mortifère. La psychanalyste Charlotte HERFRAY en parle, elle, comme du « Stade du miroir inversé »<sup>23</sup>.

On observe souvent avec l'avancée en âge un refoulement des problématiques antérieures et une focalisation sur le vieillissement. Sans doute la première difficulté tient au fait que ces signes du vieillissement sont visibles *par les autres*. Chacun cherche dans le regard de l'autre la confirmation de sa valeur esthétique. Des enjeux narcissiques sont donc constamment mobilisés et au regard des critères de beauté le corps vieillissant est moins séduisant. Cependant n'oublions pas que cette relation à son corps a pu être décevante bien avant la vieillesse !

« Le désir ne vieillit pas, l'inconscient ignorant le temps »<sup>24</sup>. En effet, l'inconscient, la partie la plus profonde en nous, l'inconnu qui nous gouverne, n'a pas d'âge. Cela rejoint une fois de plus la pensée de Charles GOUNOD qui déclara un jour : « ce qui vieillit en nous, c'est le logement. Le locataire ne vieillit pas. » Nous travaillons toute notre vie à reprendre, retisser, rejouer, tout notre passé. Ce passé est propre à chacun. C'est pourquoi selon Jacques MESSY, il est cliniquement impossible de parler de « la personne âgée » en général. Chaque manière de vieillir étant très personnelle.

Nous nous faisons souvent des illusions sur la capacité des personnes âgées à intégrer la mort comme si elle était normale à leur âge. La mort quel que soit l'âge est toujours prématurée. Les expériences de pertes, disparitions d'objets investis, augmentent avec l'âge, les renoncements s'accumulent. De ce fait, selon Boris CYRULNIQUE, la vieillesse met en jeu des processus de résilience. D'après lui, « le sujet âgé ne peut plus tout faire et y renonce, cependant, il sait plus que jamais qui il est, ce qu'il aime et ce dont il est capable »<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> MESSY Jacques, « La personne âgée n'existe pas », Edition Payot & Rivages 2002.

<sup>23</sup> HERFRAY Charlotte, « La vieillesse en analyse », Collection Hypothèses, Éditions ERES, 2007.

<sup>24</sup> MESSY Jacques, op.cit.

<sup>25</sup> CYRULNICK Boris, « Penser le temps pour lire la vieillesse », Edition Presses Universitaires de France, 2006.

## 5. En résumé

Le processus de vieillissement suit différents rythmes pour un même sujet, selon qu'il s'agisse du corps physique, de ses objets, du social, etc. Toutefois la conscience corporelle, la capacité d'écoute à soi-même en relation avec l'environnement est généralement, chez la personne âgée, immédiate, fine et permanente.

Le corps de la personne âgée, comme tout corps, est un corps en changement. Sa spécificité est que cette transformation est surtout connotée sur le registre de la perte. Nous l'avons vu, toutes les structures sont touchées par le vieillissement. Les différents canaux de la sensorialité, de la perception, sont affectés. C'est donc aussi la relation aux autres et au monde qui est touchée. De plus, ce qui dans le meilleur des cas était muet devient bruyant (articulations, muscles, etc.). Ces évolutions supposent une adaptation, une modification du comportement.

Trouble de la marche, trouble de l'équilibre, trouble spatio-temporel, anxiété, peur de la chute, désinvestissement corporel, etc., sont autant de difficultés liées à l'avancée en âge du ressort de la pratique psychomotrice. Cela explique l'essor et l'engouement de la psychomotricité en gériatrie.

## II. LA PERSONNE HANDICAPEE VIEILLISSANTE:

### LE CAS DE LA TRISOMIE 21

Ces dix dernières années, avec les progrès en matière d'accompagnement, toute une génération de personnes handicapées mentales a atteint « le troisième âge ». Si vieillir reste aujourd'hui une inquiétude pour beaucoup d'entre nous, nous verrons à travers cette partie pourquoi cela est encore plus vrai pour les personnes handicapées.

Toutefois la notion de vieillissement, nous l'avons vu, est assez floue et la population des personnes handicapées est très hétérogène ! Étudier le vieillissement des personnes handicapées en général paraît donc difficile. C'est pourquoi je porterai particulièrement mon intérêt aux personnes handicapées mentales. Tout d'abord, j'exposerai les caractéristiques de cette population, puis je m'arrêterai quelque peu sur la question du vieillissement. Nous verrons ensuite plus spécifiquement les répercussions psychomotrices de l'avancée en âge pour des personnes porteuses d'un syndrome de Down.

## A. Le handicap mental :

### 1. Données épidémiologiques

Les chiffres sont conséquents. Aujourd'hui, la France compte 3,5 millions de personnes handicapées. Parmi elles, 700 000 se trouvent en situation de handicap mental, ce qui représente 20 % des personnes handicapées.

En 1930, l'espérance de vie des personnes handicapées mentales était d'une vingtaine d'années. Aujourd'hui on estime à 180 000 le nombre de personnes handicapées qui atteindront l'âge de 60 ans au cours des dix prochaines années.<sup>26</sup> Cela est le résultat de l'amélioration constante de la qualité des accompagnements proposés ces dernières années.

---

<sup>26</sup> AZEMA Bernard et MARTINEZ Nathalie, « Les Personnes Handicapées Vieillissantes : Espérances de vie et de santé ; Qualité de vie », Une revue de la littérature, Revue française des affaires sociales 2005/2 - n° 2, pages 295 à 333.



Actuellement, d'après l'enquête ES-Handicap<sup>27</sup> menée par Yara MAKDESSI et Bénédicte MORDIER<sup>28</sup>, plus de 12 % des adultes en établissements médico-sociaux ont au moins 55 ans, soit près de 27 000 personnes. En foyer occupationnel, la part des 50 ans ou plus est passée de 26 % en 2006 à 31 % en 2010. « Le vieillissement des handicapés mentaux constitue une donnée démographique nouvelle » constate Janine CAYET, membre du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE). Le vieillissement entraîne de nouveaux facteurs de vulnérabilité pour les personnes handicapées. De ce fait, il apparaît nécessaire de pouvoir l'anticiper. Les psychomotriciens, en tant que professionnels de santé, sont à ce niveau particulièrement concernés. Ils s'attachent donc à repérer l'apparition du vieillissement et à prévenir ses effets.

## 2. Proposition de définition

La distinction entre handicap mental (aussi appelé déficience intellectuelle) et maladie mentale n'est pas toujours évidente. D'autant qu'il arrive qu'une personne ayant une déficience intellectuelle soit aussi mentalement malade.

La maladie mentale affecte le comportement des gens. Quand une personne souffre d'une maladie mentale, son comportement diffère alors de sa manière d'agir d'avant la maladie. La déficience intellectuelle est un **état** qui handicape une personne depuis toujours. Ce n'est donc pas une maladie.

D'après PIAGET, l'intelligence est la faculté qui permet à l'être humain d'apprendre, de connaître, d'utiliser son savoir, de créer, de s'adapter au monde et à son environnement. Plus une personne est intelligente, plus elle sera flexible. La personne présentant une déficience intellectuelle, selon l'American Association on Mental Retardation (AAMR), « se caractérise par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Cette incapacité se manifeste avant l'âge de 18 ans dans les habiletés sociales, conceptuelles, et pratiques ». Cela va dans le sens de PIAGET.

---

<sup>27</sup> Enquête exhaustive conduite par la DREES tous les quatre ans environ auprès des établissements et services pour personnes handicapées. Elle permet de dresser un bilan de leur activité et de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que celles des personnes qu'ils accueillent. En 2010, 96 % des structures pour adultes ont répondu à l'enquête.

<sup>28</sup> MAKDESSI Yara et MORDIER Bénédicte, « Les établissements et services pour adultes handicapés - Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, Série Statistiques, n° 180, DRESS, mai 2013.

D'après ces définitions, on comprend que par l'expression « handicap mental » on entend à la fois une déficience intellectuelle et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien. On peut donc dire que le handicap est le résultat d'une rencontre entre une déficience et un environnement qui y est plus ou moins adapté. Il est relatif à un contexte.

### 3. Evolution des représentations du handicap mental

La définition du handicap dépend pour une bonne part de ce qui est considéré comme *normal* dans une culture donnée. C'est le résultat du regard porté par la société, croisé à celui que porte la personne handicapée sur elle-même. C'est pourquoi les représentations du handicap ne sont pas les mêmes d'une culture à l'autre et évoluent avec le temps. Dans les sociétés comme la nôtre, les aptitudes intellectuelles sont jugées très importantes. Une personne dont les capacités intellectuelles sont atteintes sera donc considérée comme *anormale*, handicapée, et de ce fait souvent mise à l'écart.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la société a pris conscience qu'elle négligeait son devoir en se contentant de permettre aux personnes handicapées de vivre. Les premiers services furent offerts aux enfants présentant des déficits sensoriels. L'abbé de l'Epée s'intéressa aux enfants sourds et son élève Louis BRAILLE aux enfants aveugles. Un groupe de médecins se préoccupa ensuite des enfants ayant une déficience intellectuelle. Ce fut le cas par exemple de Jean-Marc ITARD avec Victor l'enfant Sauvage de l'Aveyron en 1805. Désiré-Magloire BOURNEVILLE ouvrit en 1893 le premier institut médico-pédagogique. Les grandes figures de ce courant médico-pédagogique furent Alfred BINET en France et Maria MONTESSORI en Italie.

S'il se heurta encore à quelques réticences, le mouvement d'intégration des personnes handicapées avança de manière incontestable. Les autorités politiques et l'opinion publique changèrent progressivement leur façon de les considérer. L'évolution des lois en faveur des personnes handicapées et des termes employés pour les désigner en témoigne.

Une première loi notable fut celle qui marqua la création de classes spécialisées s'adressant aux enfants « arriérés », au sein des écoles primaires en avril 1909. Plus tard, conjointement à la création de la Sécurité sociale en 1945, on observa en France un essor des instituts médico-pédagogiques. La création des associations de parents d'enfants handicapés va

jouer aussi un rôle déterminant dans cette évolution. Avec les travaux de Renée ZAZZO en 1969 et de Roger MISES en 1975 qui permettent une meilleure compréhension des déficiences intellectuelles, les législateurs délaissèrent le problème de l'adaptation au profit de celui de l'intégration et la normalisation.

La dernière loi en date de février 2005, stipule que « toute personne handicapée a le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. »<sup>29</sup> L'Etat se porte garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. Ce principe de non-discrimination implique de faire de la scolarisation des enfants présentant un handicap en milieu ordinaire une priorité. Pour les adultes, cela inclut leur participation à leur projet de vie même lorsqu'ils sont sous tutelle.

#### 4. Vieillesse et handicap

Les dénominations « personne âgée » et « personne handicapée » sont toutes deux le produit des politiques sociales catégorielles d'après-guerre<sup>30</sup>. Il y a des points communs concernant l'accompagnement et la prise en charges des personnes en situations de handicap et des personnes âgées dépendantes. La première caractéristique commune est la dépendance : le handicap empêche l'autonomie et le vieillissement est essentiellement une perte de l'autonomie.

Le handicap et le vieillissement peuvent aussi tous les deux entraîner la mise à l'écart de la société, l'isolement dans des institutions, le *burn out* des soignants et le découragement des familles. De plus, l'un comme l'autre peuvent provoquer le détournement des regards. Selon Yves JEANNE<sup>31</sup>, c'est parce que pour beaucoup, nous sommes « englués dans des modèles pseudo-biologiques ». Ceux-ci nous amèneraient à concevoir « la vieillesse et le handicap comme l'altération des facultés, comme le témoignage pitoyable du déclin ».

---

<sup>29</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>30</sup> La politique sociale concernant les personnes âgées a été construite suite au *Rapport Laroque* dans les années 1950-1960 et celle des personnes handicapées est le fruit du *Rapport Bloch-Lainé et loi d'orientation* de 1975.

<sup>31</sup> JEANNE Yves, op. cit.

Notre pays a organisé ses droits sociaux et ses aides aux personnes en perte d'autonomie en deux dispositifs bien distincts : « les personnes handicapées (implicitement supposées jeunes) d'une part, et les personnes dépendantes (sous-entendu âgées) d'autre part. »<sup>32</sup> Ces mondes se sont développés dans une relative ignorance réciproque jusque dans les années 1980. A partir de cette période les deux problématiques ont dû cohabiter. C'est à René LENOIR, secrétaire d'État à l'action sociale sous la présidence de Valéry GISCARD D'ESTAING, que l'on doit la première prise de conscience du vieillissement des personnes handicapées en 1974. Toutefois, les études à ce sujet n'étaient alors que d'ordre épidémiologique.

## 5. La personne handicapée mentale vieillissante

« La personne handicapée vieillissante est une personne qui était déjà en situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement, ces derniers pouvant apparaître plus tôt que la moyenne nationale, entraîner un ajout de fragilité et provoquer ainsi une perte d'autonomie nécessitant un accompagnement spécifique».<sup>33</sup>

La question du vieillissement des personnes handicapées mentales a réellement commencé à se poser avec les recherches de Nancy BREITENBACH et Gérard ZRIBI dans les années 1990. Jusque-là, ce sujet suscitait peu d'interrogations car cette population était d'une part numériquement réduite et d'autre part traditionnellement gardée au foyer parental en l'absence de structure d'accueil. Le développement des institutions destinées aux personnes handicapées a participé à l'accroissement de leur espérance de vie et a aussi fait ressortir socialement le problème. Face à cette amélioration de leur espérance de vie, des lieux de vie spécialisés ont été mis en œuvre dans l'urgence (services spécialisés pour personnes handicapées vieillissantes rattachés aux ESAT, maisons d'accueil pour personnes handicapées âgées, etc.). Toutefois ces lieux de vie sont toujours à l'état expérimental. De plus, ils sont en nombre bien insuffisant. Des progrès dans l'accueil des personnes handicapées vieillissantes sont donc encore largement possibles.

---

<sup>32</sup> BLANC Paul, Sénateur des Pyrénées-Orientales, Rapport « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ».

<sup>33</sup> Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes, Octobre 2010. Dossier technique restituant les travaux qui se sont tenus sous forme de quatre ateliers d'échanges de pratiques organisés par la CNSA du 13 novembre 2009 au 4 février 2010.

Jean-Marc TALPIN, maître de conférences en psychologie clinique, souligne que les questions que soulève le vieillissement des personnes porteuses de déficiences en institution spécialisée ont pendant longtemps fait l'objet d'un véritable « pacte dénégatif ». Cela serait dû selon lui à « l'impossibilité des soignants de penser les personnes autrement que dans une perpétuelle enfance ». Nancy BREITENBACH explique que de ce fait, « ceux que nous avons longtemps qualifiés de « jeunes » ont pris de l'âge sans que l'on ait vu le temps passer ». <sup>34</sup> Les professionnels ont souvent tendance à investir les personnes handicapées sur un mode parental. Cela aurait notamment pour effet de figer les relations dans un éternel présent.

C'est pourtant un fait, les personnes handicapées avancent en âge et présentent tous les critères de vieillissement. Au-delà de la question du vieillissement prématuré, les conséquences du vieillissement sont d'autant plus invalidantes qu'elles se surajoutent au handicap initial. Par ailleurs, l'entrée dans la vieillesse d'une personne handicapée mentale n'est pas toujours évidente à repérer. Toute dégradation de l'état cognitif n'est pas synonyme de senescence. Il peut être facile de confondre un vieillissement précoce et une rupture dans l'adaptation. Il faut donc toujours éliminer un diagnostic différentiel : dépression, prise de certains médicaments aux effets iatrogènes, problèmes thyroïdiens, modification de l'environnement social, etc.

Vieillir, nous l'avons vu dans la première partie, c'est s'adapter aux changements, cela demande une grande autonomie. Evoluer et modifier certains investissements requiert une plasticité psychique que n'ont pas souvent les personnes déficientes intellectuelles. Elles ont peu de capacités d'élaboration, d'ajustement et de compensation. Le philosophe Quentin BERTRAND explique que cette expérience de la vieillesse est source d'éprouvés nouveaux, difficile à mentaliser, pour une personne handicapée par une déficience intellectuelle. Toutefois, le vieillissement est aussi pour elle un paradoxal « retour dans la norme » <sup>35</sup>, puisque la déficience s'invite également dans le processus de vieillissement des personnes ordinaires.

Au vu de la multiplicité des handicaps, une étude exhaustive du vieillissement des personnes déficientes intellectuelles n'est pas réalisable. C'est pourquoi à présent je m'intéresserai plus particulièrement au vieillissement des personnes handicapées trisomiques.

---

<sup>34</sup> BREITENBACH Nancy, « Une saison de plus, handicaps et vieillissements », Editions Desclée de Brouwer, 1999.

<sup>35</sup> QUENTIN Bertrand, « Parcourir les chemins du vieillissement », sous la direction de JEANNE Yves, op.cit.

Nous verrons en quoi le vieillissement des personnes souffrant d'un syndrome de Down est assez représentatif de celui des personnes handicapées mentales dans leur ensemble, mais aussi quelles sont ses particularités.

## B. Le syndrome de Down

### 1. Généralités

La trisomie 21 n'est pas une maladie : c'est un handicap mental lié à une anomalie chromosomique. Les personnes porteuses d'une trisomie 21 ont un chromosome 21 en plus, elles possèdent donc au total 47 chromosomes au lieu de 46. Cette anomalie chromosomique a des conséquences sur leur développement physique, intellectuel et physiologique, mais ne les prive pas de compétences.

Les personnes porteuses de cette anomalie présentent des caractéristiques physiques communes : une nuque épaisse et large, un visage rond, des yeux bridés, un nez dont la racine est aplatie, des pieds et des mains plutôt petits avec fréquemment un pli palmaire unique. Leur taille est souvent inférieure à la taille normale (en moyenne 1 m 45 pour les femmes et 1 m 55 pour les hommes). Cependant, comme pour tout un chacun, les traits physiques des personnes porteuses d'une trisomie 21 sont influencés par le bagage génétique reçu de leurs parents.

Les personnes trisomiques ont une déficience intellectuelle généralement légère ou modérée, mais elle peut parfois être grave. Cette déficience se traduit notamment par une difficulté d'abstraction. La notion de temps est donc relativement étrangère à la personne trisomique. Le rapport au présent (et encore plus au futur) est très difficile à appréhender et à penser pour elles. Les personnes trisomiques comprendront plus facilement les choses concrètes avec lesquelles elles peuvent avoir un contact tactilo-visuel. De plus, leur mode de raisonnement n'est pas cartésien. Elles sautent les étapes pour arriver directement à la fin. Les personnes trisomiques sont capables d'apprentissage, mais l'encodage est généralement passif. Elles apprennent surtout par imitation.

L'acquisition du langage se fait avec retard et son évolution est très variable. Certaines personnes trisomiques gardent des troubles de l'élocution importants qui peuvent contraster avec un bon niveau de compréhension. Si leur discours a une apparence décousue, il a tout de même une logique.

Leur développement psychomoteur est aussi retardé avec des variations individuelles importantes. Les personnes trisomiques présentent une hypotonie (un faible tonus musculaire) accompagnée d'une hyperlaxité ligamentaire. Elles sont généralement vite fatigables.

## **2. Données épidémiologiques**

Les personnes souffrant du syndrome de Down représentent 15 à 20 % des personnes mentalement handicapées. D'après l'enquête de la DRESS, 17,8 % des personnes accueillies en FO sont trisomiques. La trisomie 21 atteint environ un enfant sur 700 naissances, soit 1 000 nouveau-nés par an. En France, actuellement, 98 % des enfants trisomiques dépistés in-utéro font l'objet d'une interruption volontaire de grossesse. Présentement, le nombre de personnes présentant cette pathologie sur le territoire français se situe entre 50 000 et 60 000 personnes.

L'espérance de vie des personnes trisomiques est encore réduite par rapport aux autres causes de déficiences intellectuelles, mais elle n'a cessé de progresser ces dernières décennies. « Actuellement, elle est de 55 à 60 ans alors qu'elle n'était que de 9 à 10 ans en 1930. »<sup>36</sup> Aujourd'hui, plus de 50 % d'entre elles dépassent l'âge de 50 ans. Le taux de mortalité jusqu'à 60 ans est à peu près normal, après cet âge il augmente significativement.

## **3. La place de la personne trisomique dans notre société**

Depuis quelques années, plusieurs personnalités trisomiques du monde artistique notamment, ont permis de légitimer et de montrer un autre visage de la trisomie. À présent, les personnes porteuses d'un syndrome de Down inspirent le respect et la sympathie de la plupart des gens.

---

<sup>36</sup> JUHEL Jean-Charles, « La personne ayant une déficience intellectuelle », PUL et Chronique Sociale, 2012.

Par ailleurs, actuellement en France, le programme de santé publique propose un dépistage prénatal systématique de la trisomie 21. La neurologue et pédiatre Evelyne PANNETIER soulève à ce sujet la réflexion suivante : « Une société peut-elle simultanément promouvoir le respect et l'intégration des personnes handicapées intellectuelles et chercher à mettre en place des mesures visant à limiter leur naissance? »<sup>37</sup>.

On peut effectivement se poser la question des conséquences d'un tel programme sur le regard porté par la société française sur les personnes trisomiques. D'après le Docteur E. AZRIA, gynécologue obstétricien, « la désignation de la trisomie 21 comme une des cibles principales du dépistage prénatal ne manque pas de stigmatiser cette anomalie ». Puisque la trisomie 21 n'est pas une maladie mais un état, cette sélection en fonction des caractéristiques génétiques ne se justifie pas sur un plan médical. Il s'agit donc d'un *jugement social* justifié par notre conception de la *normalité*. Le potentiel discriminatoire de ce programme pour les personnes trisomiques est donc sérieux. Toutefois, on observe parallèlement un essor des publicités de sensibilisation globale à la trisomie.

#### 4. Le vieillissement spécifique de la personne trisomique

En raison de l'amélioration des soins, de l'alimentation et des conditions de travail, les personnes trisomiques bénéficient de l'allongement de la durée de vie globale de toute la population. Mais elles bénéficient aussi de progrès médicaux et paramédicaux qui leur sont propres. Il y a eu par exemple le développement des thérapeutiques médicamenteuses (des neuroleptiques notamment). Un développement également des prises en soins précoces et à l'âge adulte. Et enfin, un essor des psychothérapies et des soins institutionnels.

Les adultes trisomiques sont sujets à la plupart des ennuis et des maladies des gens de leur âge, mais sous certains rapports, ils semblent vieillir plus vite. Les signes de la vieillesse apparaîtraient en moyenne 10 ans plus tôt que dans la population générale. De plus, leur vieillissement présente des spécificités.

---

<sup>37</sup> PANNETIER Evelyne, « La déficience intellectuelle. Comprendre et intervenir », Québec, Edition Multimondes, 2009.



Les chercheurs HODAPP, EWAN et GRAY<sup>38</sup> observent qu'au fur et à mesure que les personnes trisomiques vieillissent, leur QI baisse. CARR<sup>39</sup> suppose que le profil de vieillesse cognitif de la personne ayant une trisomie 21 diffère de celui de la population générale. On peut noter par exemple un déclin spécifique des performances verbales.

On observe également un ralentissement du développement plutôt qu'une perte des habiletés acquises, du moins jusqu'à un certain âge. A partir de 60 ans, la dégénérescence est évaluée à 45 % du score obtenu à 40 ans. Elle affecte particulièrement alors les habiletés nécessaires dans la réalisation des tâches quotidiennes (habillement, hygiène, alimentation...).

- **Sur le plan physique**

La présence de la déficience intellectuelle rend difficile la reconnaissance des déficiences physiques chez la personne vieillissante. On peut voir très nettement les effets du vieillissement sur la peau et sur les muqueuses de la bouche par exemple. La peau se dessèche et devient progressivement sèche. Chez certains, les gencives se rétractent et les dents tombent prématurément. Toutefois, comment déceler une faiblesse auditive chez une personne trisomique qui a toujours communiqué avec difficultés ?

Malgré tout, on peut généralement observer :

- Une nette limitation des perceptions auditives et visuelles ;
- Une aggravation de la déformation de la colonne vertébrale (généralement l'apparition d'une scoliose et l'aggravation de la cyphose) ;
- Une restriction croissante de la mobilité et une dyskinésie (mouvement anormal ou lent)
- Une réduction de l'équilibre et donc une augmentation de la fréquence des chutes ;
- Une baisse du tonus musculaire ;
- Un vieillissement précoce du système cardio-vasculaire avec une hypertension artérielle ;
- Une hypothyroïdie chronique. Les complications qui s'en suivent pouvant être une fatigabilité, une hypotonie, une hypothermie, une voix particulièrement rauque et même des troubles psychiques et cognitifs.

---

38 HODAPP, R.M., EVANS, D.W., & GRAY, F.L., « Intellectual development in children with Down syndrome : A review of current knowledge », p124-132, Whurr Publishers, Londres 1999.

39 CARR, Janet, « Families of 30–35-Year Olds with Down's Syndrome, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities », 2005.

- **Sur les plans affectif et social**

Les problèmes de santé mentale sont quatre à six fois plus présents que dans la population générale. Cela peut s'expliquer par la déficience intellectuelle. À mesure qu'elles vieillissent, les personnes trisomiques, comme tout le monde, vivent de plus en plus de pertes et de deuils. Seulement, du fait de leur difficile élaboration, elles éprouvent des difficultés à comprendre ce qui leur arrive. Elles peuvent ne pas être en mesure d'exprimer leurs émotions. Les personnes trisomiques traduisent alors souvent leurs malaises psychiques en comportements. L'établissement d'un diagnostic associé à la santé mentale est donc à nuancer.

De plus, rares sont les personnes trisomiques qui ont pu constituer une famille, acquérir des biens matériels, etc. Il y a des risques qu'elles soient orphelines de tout lien affectif au décès de leurs parents. De ce fait, quand elles vieillissent, leur patrimoine affectif et matériel est généralement bien moindre que celui d'une personne « normale », tout aussi handicapée par son âge. Les personnes trisomiques sont donc plus vulnérables. Une rupture d'équilibre dans leur environnement peut donc avoir de graves répercussions affectives et sociales.

- **Sur le plan cognitif : la maladie d'Alzheimer**

Chez les personnes présentant une trisomie 21, l'association avec la maladie d'Alzheimer a souvent été évoquée. Dans environ 30 % des cas, chez les 35-40 ans, des chercheurs américains ont mis en évidence une détérioration intellectuelle, des régressions comportementales et émotionnelles et une perte rapide des habitudes apprises, toutes des caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. Il ne faut cependant jamais négliger une erreur de diagnostic.

Il est en effet difficile de diagnostiquer une maladie d'Alzheimer chez une personne trisomique, car elle a souvent divers problèmes de santé liés au vieillissement qui peuvent soit limiter le symptôme de la maladie d'Alzheimer, soit en masquer la présence. Les habiletés motrices, langagières, communicatives et intellectuelles d'une personne trisomique jeune sont déjà limitées. Il est donc plus difficile de déceler les changements subtils dans ces habiletés. De plus, les tests d'évaluation servant au diagnostic de la maladie ne tiennent généralement pas compte des spécificités de la personne trisomique.

Il semblerait, en réalité, que la maladie d'Alzheimer ne soit pas plus fréquente que dans la population générale mais survienne plus tôt compte tenu du vieillissement précoce. De plus, il arrive fréquemment, qu'il s'agisse de fausses démences, par désafférentation sensorielle.

La perception que nous avons de notre corps est nourrie sans arrêt par les informations sensorielles et proprioceptives. Ces informations sont envoyées au cerveau via les systèmes nerveux *afférents*. Si une personne a un déficit sensoriel, le cerveau ne reçoit plus certaines informations. Cette **désafférentation** affecte la représentation mentale du corps et peut mimer une fausse démence.

Quand une personne trisomique est atteinte de la maladie d'Alzheimer, son évolution est plus rapide. On observe notamment une désorientation temporo-spatiale rapide. Ses repères sont vite perturbés, d'une part parce qu'ils sont déjà fragiles, mais aussi parce que la personne trisomique a peu de stratégies d'évitement à mettre en place pour compenser. Le vieillissement des personnes trisomiques atteintes de la maladie d'Alzheimer ne se fait pas de manière linéaire, mais plutôt en marches d'escalier, avec des pertes psychomotrices brutales, des phases de relative stabilité, puis de nouvelles chutes.

## 5. La psychomotricité au service de la personne trisomique vieillissante

La qualité de vie des personnes trisomiques influence grandement leur rythme de vieillissement. Notre travail va consister à entretenir cette qualité de vie. Tout comme pour les personnes ne présentant pas de handicap, on pourra également prévenir dans une certaine mesure l'apparition de problèmes pathologiques liés au vieillissement.

Le philosophe Bertrand QUENTIN prône « un accompagnement qui prenne en compte l'émotion du présent et qui, s'extrayant d'une comptabilité du temps qui passe, prenne le parti d'un chemin stoïcien et cesse de se focaliser sur le vieillissement pour goûter le plaisir de chaque instant ». Tel est l'enjeu de la psychomotricité. Aider les personnes trisomiques âgées à tirer profit à maxima de leurs sens. Les aider à voir ce qui les entoure, à entendre les sons de leur monde, à toucher, à goûter et à sentir. Qu'elles puissent élargir constamment leur champ d'expériences et d'apprentissages. Toutefois, stimuler trop de sens à la fois risque de submerger la personne trisomique, tout deviendrait alors confus. C'est pourquoi en psychomotricité, pour favoriser cette prise de conscience, nous procédons avec ordre, calme et simplicité.

Nous l'avons vu, les problèmes de désorientation spatiale sont fréquents avec l'avancée en âge des personnes trisomiques. On ne peut dissocier l'organisation spatiale du schéma corporel. Or pour les personnes trisomiques, il est difficile d'avoir une représentation mentale de l'image de leur corps du fait de leur syndrome. Le vieillissement venant se surajouter au handicap, il devient alors très compliqué pour eux de faire des liens entre cette image et ce qu'ils ressentent. Ces dégradations du schéma corporel peuvent expliquer des problèmes de perception et d'orientation. Les difficultés motrices qui en résultent (maladresse, incoordination, lenteur) peuvent être à l'origine de problèmes comportementaux.

L'intervention psychomotrice a donc pour fonction, tout d'abord, d'aider les personnes trisomiques vieillissantes à reconnaître et intégrer toutes les parties de leur corps. Ensuite à mieux les utiliser, de manière à avoir une plus grande liberté de mouvement, un meilleur équilibre et pouvoir organiser leurs déplacements dans l'espace de manière plus ajustée. Des exercices de motricité globale et d'expression corporelle, par exemple, contribueront à enrichir le schéma corporel de la personne trisomique âgée. L'expérimentation des appuis et des repoussés devrait induire chez elle un sentiment de solidité et de sécurité interne. Cela l'aidera progressivement à regagner en confiance et se réapproprier son schéma corporel.

La mémoire des personnes trisomique est déjà significativement plus déficitaire du fait d'un dysfonctionnement de l'hippocampe. Avec le vieillissement, elle est donc très rapidement affectée. Or la capacité d'organisation temporelle va de pair avec les facultés cognitives comme la mémoire et l'attention. L'intervention psychomotrice a donc également pour but d'entretenir ces différentes capacités. L'utilisation de la musique par exemple, permet d'appréhender les notions de rythme et de temporalité mais aussi de développer les capacités d'attention.

L'intervention psychomotrice visera aussi à aider les personnes trisomiques vieillissantes à maîtriser leur état de tension musculaire en situation de repos comme lors de mouvements. Cela les aidera à davantage maîtriser leur équilibre et contribuera également à un meilleur contrôle des tensions affectives, car il existe un lien étroit entre le vécu tonique et le vécu émotionnel. A travers la pratique de la relaxation par exemple, les personnes trisomiques âgées pourront expérimenter en psychomotricité une détente musculaire, travailler leur respiration et ainsi apprendre à mieux réguler leur tonus.

**DEUXIEME PARTIE CLINIQUE:  
L'ACCOMPAGNEMENT EN  
PSYCHOMOTRICITE DE PERSONNES  
TRISOMIQUES VIEILLISSANTES**

*« Il ne suffit pas de donner des années à la vie,  
mais il faut donner de la vie aux années. »*

*Oscar Wilde*

## I. PRESENTATION DU FOYER OCCUPATIONNEL

Les FO sont des établissements médico-sociaux qui ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structures spécialisées). Ces personnes sont administrativement reconnues « inaptées au travail », mais ne requièrent pas de soins constants. Elles doivent avoir une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes ludiques et éducatives. Elles se voient proposer des activités conformes à leurs capacités en relation avec leur projet personnalisé.

Les foyers occupationnels apparaissent comme des structures intermédiaires entre les foyers d'hébergements et les foyers d'accueil médicalisés ainsi que les maisons d'accueil spécialisées. En pratique, certains accueillent des travailleurs handicapés d'ESAT dont l'avancée en âge et les problèmes physiques qui en découlent ne leur permettent plus d'y être maintenus. Parmi les résidents du foyer où je suis actuellement en stage, 24 % travaillaient jusqu'alors en ESAT.

L'établissement a accueilli ses premiers résidents à son ouverture en 2006. La majorité des personnes entrées cette année-là sont toujours présentes. Les grands objectifs du foyer sont l'autonomisation, la réadaptation et l'adaptation du résident. L'établissement propose d'accueillir, d'accompagner, de restaurer la personne handicapée dans ses droits et de lui assurer la sécurité durant le temps de son séjour.

L'équipe de santé est composée d'un psychiatre (0,2 ETP), d'une psychologue (0,3 ETP), d'une infirmière à temps plein et d'un psychomotricien à mi-temps. Le taux d'encadrement paramédical est nettement au-dessous de celui d'un foyer occupationnel moyen girondin. L'équipe socio-éducative quant à elle comprend quatre éducateurs spécialisés (ES), quatre ME, seize AMP (plus 2 de nuits) et deux animateurs.

La résidence a été construite sur un terrain de 3 hectares. Elle est composée d'un rez-de-jardin, constitué notamment de pièces d'activités et de la salle de psychomotricité, d'un rez-de-chaussée offrant les locaux nécessaires à l'accueil, l'administration, la restauration et une partie de l'hébergement, enfin d'un premier étage réservé à l'hébergement. Un ascenseur et des escaliers desservent ces trois niveaux.

La résidence se compose de quatre ailes : il s'agit de quatre unités d'hébergement comprenant chacune quatorze chambres, soit 56 places au total. Des chambres ont été associées pour accueillir des couples. Elle dispose également de 6 places en externat ; sa capacité d'accueil est donc de 62 places.

Le foyer occupationnel peut accueillir des personnes adultes à partir de 20 ans, présentant une déficience intellectuelle moyenne dans la plupart des cas. Elles peuvent être avec ou sans trouble associé mais ne relevant pas de soins psychiatriques aigus. L'institut compte presque autant d'hommes que de femmes (51 % contre 49 %).

Parmi eux 22 % sont atteints de trisomie 21 ou d'une autre anomalie chromosomique et 56 % ont des troubles psychiatriques (le plus souvent de type autisme). Les chiffres donnent une idée du profil moyen des résidents : 43 % peuvent se déplacer à l'extérieur de l'établissement, 58 % ont besoin d'aide ou de stimulation pour la toilette, 45 % du fait de leur handicap sont en situation de « risque vital » en l'absence d'aides techniques et/ou humaines.

La moyenne d'âge s'établit autour de 41 ans. Les résidents ont entre 26 et 67 ans. Deux unités voient 30 % de ses résidents dépasser les 55 ans. Le foyer occupationnel se distingue des FO et FAM aquitains notamment du fait d'une proportion légèrement supérieure du nombre de résidents accueillis ayant dépassé les 50 ans.

D'après une enquête interne à l'association réactualisée en 2012, pour environ un tiers du public accueilli au foyer, il faudrait trouver d'ici fin 2015 une solution de réorientation en FAM, en MAS ou encore en EHPAD. Dans une majorité des cas, il s'agira de pouvoir répondre à l'évolution de leurs besoins liés à leur avancée en âge.

Le foyer est donc confronté au quotidien au vieillissement de ses résidents. Les professionnels essaient de trouver des solutions de réorientation pour plusieurs résidents. Il y a eu, l'année écoulée, quatre réorientations en EHPAD. Les personnes concernées sont cependant souvent considérées comme trop jeunes pour entrer en maison de retraite mais trop âgées pour entrer en FAM.

## II. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

En entreprenant ce stage, j'imaginai que le vieillissement des personnes handicapées devait faire émerger de nouvelles problématiques. Mais de quel ordre étaient-elles ? Tenaient-elles essentiellement à la difficulté d'appréhender ce processus pour une personne ayant une déficience intellectuelle ? Était-ce principalement les contraintes physiques du foyer (pensé pour des personnes handicapées relativement jeunes) qui posaient souci ? Ou bien encore, était-ce la formation, ou du moins la sensibilisation, des professionnels à l'accompagnement de cette « nouvelle population » qui était au cœur du problème ?

Afin de confronter mes hypothèses à la réalité du terrain et discerner à quel niveau le psychomotricien pouvait intervenir, j'ai souhaité au préalable rencontrer les professionnels à priori concernés. Je leur ai fait part de mon sujet de recherche. Le vieillissement des personnes handicapées au foyer les questionnait et de nombreuses préoccupations ont émergées. Celles-ci concernaient particulièrement l'accompagnement de résidents trisomiques âgés de l'une des quatre unités. Maïté, citée dans l'avant-propos, et Jean, les interpellaient.

Des membres de l'équipe m'ont expliqué la difficulté qu'ils avaient à organiser les matinées au sein de l'unité, en raison du temps croissant d'accompagnement nécessaire à Jean et Maïté. La manière d'aborder Maïté en particulier les questionnait. Chaque matin avait des allures de combats et cette situation était éprouvante des deux côtés. Une incompréhension face aux « blocages » de Jean, de plus en plus récurrents, a aussi émergé. L'attitude à adopter en pareille situation les interrogeait. De plus, pour Maïté comme pour Jean, les toilettes étaient devenues trop difficiles à réaliser. Ils faisaient appel à présent au SSIAD pour cela. Le SSIAD intervient généralement pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées ayant fait le choix de rester à leur domicile. Le caractère quelque peu exceptionnel de cette situation suscitait donc une réelle remise en question de certains professionnels de l'équipe.

Afin d'élaborer un projet adapté, il me fallait déterminer plus finement quels étaient les problématiques en jeu. Pour axer et personnaliser mon projet de soins, je devais apprendre à connaître ces résidents. J'aspirais ainsi, dans un premier temps, à repérer comment leurs difficultés se traduisaient d'un point de vue psychomoteur. Ensuite, mon travail consisterait à imaginer comment un accompagnement en psychomotricité pourrait les aider à surmonter ou



faire avec ces difficultés. Et enfin vérifier, par la mise en pratique, l'intérêt d'une prise en soins en psychomotricité pour Maïté et Jean.

C'est par l'observation directe et par des entretiens avec les professionnels de proximité que j'ai souhaité initier ce projet. Je voulais comprendre ce qui était en jeu lors de ces interactions difficiles, voir les réponses déjà apportées et essayer de trouver s'il y avait encore des améliorations possibles. Nous avons donc convenu avec la direction, l'éducateur responsable de l'unité et mon maître de stage que je puisse arriver plus tôt une fois par semaine, afin d'observer et d'accompagner Maïté et Jean dès le lever.

Au préalable j'ai voulu m'assurer que les personnes concernées n'y voyaient pas d'inconvénient. Je me suis donc présentée à elles et leur ai expliqué ma démarche. Si toutes deux n'ont présenté aucune objection, j'ai toutefois eu l'impression qu'elles n'avaient pas saisi de quoi il en retournait. Suite à cela, durant les deux mois qui ont suivi, je suis arrivée aux aurores les jeudis matins. Parfois j'accompagnais les professionnels de l'unité et du SSIAD, et d'autres fois j'étais en autonomie.

### III. L'ACCOMPAGNEMENT

#### A. Maïté

D'octobre à décembre, j'ai accompagné Maïté du lever à la toilette, en passant parfois par le petit-déjeuner. Ainsi, j'ai pu faire des observations cliniques de Maïté dans son environnement familial en vue d'une prise en charge future.

- **Présentation**

Maïté à 65 ans, elle est née en 1949. Elle est porteuse d'une trisomie 21 et présente une déficience intellectuelle moyenne. Maïté est une femme ronde de très petite taille. Ses cheveux sont teints en brun foncé. Elle a de petits yeux noirs en amande très expressifs. Son visage s'illumine de temps à autres d'un sourire espiègle. Maïté peut se montrer tendre et affectueuse, mais aussi têtue et colérique. Ses cris rauques et profonds résonnent fréquemment dans l'enceinte de la résidence.

Maïté est entrée au foyer à son ouverture en février 2006. Ses parents sont aujourd'hui décédés. C'est l'une de ses sœurs qui fait le relais au quotidien. L'un de ses frères est son tuteur depuis 2007. Elle appartient à une fratrie de 7 enfants.

Il est très difficile d'examiner Maïté, car elle peut se montrer très opposante. Il est avéré toutefois, que sa vision et son audition sont très mauvaises. Ces dix dernières années, Maïté a subi de nombreuses opérations à cause de cela.

Maïté a un régime mixé car il lui reste peu de dents. Elle est sujette à des constipations et des diarrhées fonctionnelles fréquentes qui sont à l'origine de nombreuses plaintes somatiques.

Maïté a des pieds plats et arthrosiques, qui sont très douloureux. Elle a besoin d'un renforcement latéral sur chaque pied. Depuis dix ans, elle a une prothèse de hanche à droite. Dernièrement, elle a souffert d'une phlébite au membre inférieur droit. Elle a donc une faiblesse de ce côté là. De plus, Maïté a une cardiopathie (un souffle cardiaque), ce qui explique ses difficultés à soutenir l'effort.

- **La rencontre**

De prime abord, le regard noir de Maïté, son hygiène corporelle et sa voix voilée n'étaient pas engageants et m'inspiraient une volonté de mise à distance de l'autre. Toutefois, Maïté offrait un tout autre visage en présence de ses pairs. J'ai été frappée par l'attention que lui portaient les autres résidents. Elle était l'objet de leurs soins et de leurs cajoleries. Maïté avait manifestement une place à part entière dans l'unité en dépit de ses difficultés. Elle était aussi grandement appréciée des professionnels. Malgré la « crainte » qu'elle pouvait parfois leur inspirer, ils la décrivaient comme sympathique et ayant souvent le mot pour rire. Cela a adouci le portrait que je m'étais fait d'elle à première vue.

- **Mes observations cliniques**

Les matins, j'ai pu observer que le réveil de Maïté se faisait de manière très progressive. Les professionnels respectaient en cela le ralentissement psychomoteur de Maïté du fait de sa trisomie et de son avancée en âge.

Pour entrer en relation avec elle, je me mettais face à elle, à son niveau et non face au lit. Cela permettait un réel accrochage visuel. J'ai pu ainsi rapidement remarquer à quel point le regard était important dans la communication. Maïté étant malentendante et malvoyante, cette posture avait l'avantage de lui permettre de mieux voir mes expressions faciales et mes gestes. Associé au fait de parler clairement, à vitesse modérée, sans hausser excessivement la voix, sa compréhension de mon discours s'améliorait. L'échange était ainsi possible. Toutefois, le calme et la patience étaient de mise.

Tous les matins la même scène se répétait plus ou moins. Le passage de la position en décubitus dorsal à la position assise était très difficile. En raison de son surpoids et d'une faiblesse généralisée, et en dépit de toute l'énergie qu'elle mobilisait à cette fin, Maïté ne parvenait pas à réaliser cette transition. Elle manifestait sa frustration par des plaintes lancinantes. Maïté se sentait probablement trahie par ce corps défaillant et souffrant.

Je l'encourageais alors à passer par le décubitus latéral, plutôt que de chercher à se redresser directement, par la seule force des abdominaux. Cela semblait impossible à entendre pour elle. Sa vie durant elle avait agi ainsi et ne se résolvait pas à changer. Peut-être n'en était-elle tout simplement pas capable. Elle persévérait donc dans sa méthode sans succès et ne prêtait aucunement attention à mes paroles. Je présume qu'elle était très affectée narcissiquement. Etre assujettie ainsi à son corps lui était, je pense, inacceptable. D'après la psychanalyste Simone KORFF-SAUSSE, lorsque le corps quitte « l'état de santé » du fait du handicap ou du vieillissement, il devient une figure de l'inquiétante étrangeté. Le corps « suscite la honte, il réveille des vécus d'abandons, voire des idées de persécutions. [...] le corps familier devient étranger. Lui qui devrait être un compagnon bienveillant devient un intrus menaçant. »<sup>40</sup> Cette situation était donc probablement très angoissante pour Maïté.

Maïté tenait à son indépendance. Elle nous signifiait explicitement qu'elle voulait se débrouiller seule et refusait toutes les aides. Les professionnels essayaient donc de l'aider de manière indirecte en levant par exemple la partie supérieure du lit médicalisé. Maïté était alors comme sidérée le temps de l'action puis s'époumonait une fois redressée. Elle était manifestement prise d'angoisse.

---

<sup>40</sup> Simone KORFF-SAUSSE, « Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapés », sous la direction de Pierre ANCET, Collection Action sociale – Vieillesse et handicap, Editions Dunod.

Je pense qu'en raison de sa surdité, Maïté n'entendait peut-être pas l'avertissement quant à la remontée du lit. Ce redressement soudain, qu'elle n'avait donc pas anticipé, la renvoyait alors à sa « non-maîtrise » de l'environnement. Cette imprévisibilité était génératrice d'angoisses et se traduisait par un état d'hypervigilance. Avant de relever le lit, je m'assurais donc que Maïté soit consentante. Je veillais aussi lors de la remontée à la sécuriser par un toucher au niveau de l'épaule. Je remarquais alors au fil des matinées que les cris diminuaient en intensité, voir parfois disparaissaient. Maïté était plus en confiance.

Une fois Maïté redressée, elle n'était pas pour autant assise et encore moins au bord du lit. Cette étape est indispensable pour se mettre en position debout. Au vu de son tonus axial, il apparaissait évident qu'il lui fallait le soutien d'une personne pour cela. Le buste de Maïté semblait se fondre dans le matelas. Quand Maïté l'acceptait, je l'accompagnais

Le **dialogue tonique** qui s'instaure entre le patient et le thérapeute doit être compris, pour une part du moins, comme une reviviscence structurante du dialogue corporel de contact et de distance qui a été vécu entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie.

en la prenant dans mes bras dans un mouvement de rotation suivant une logique organique naturelle. Pour éviter de transmettre des tensions, je mettais mes mains à plat sur les omoplates ou le sacrum qui sont des surfaces osseuses planes. J' vitais d'utiliser le bout des doigts car j'observais que plus la surface d'appui était grande, plus c'était confortable et sécurisant pour Maïté. Un véritable dialogue-tonique s'installait alors et l'appui devenait un réel soutien pour Maïté. Elle parvenait ainsi à se mettre en position assise sans trop d'efforts et une fois sa posture ajustée, elle regagnait en maintien tonique au niveau du tronc.

Quand Maïté n'était pas accessible au dialogue verbal, j'ai pu observer qu'un toucher bienveillant et un bain de paroles contenant parvenaient généralement à l'apaiser. Ses défenses toniques baissaient alors de manière visible. Il lui était ensuite possible de nous entendre et elle se montrait plus conciliante. Je suppose que la communication tonico-émotionnelle qui s'installait réactivait des expériences archaïques de maternage permettant une régression symbolique. C'est ce que WINNICOTT th orisa sous le nom *holding*. Maïté retrouvait ainsi un état émotionnel rassurant de plénitude. Toutefois, parvenir à cette qualité de contact supposait de composer avec mon contre-transfert, c'est-à-dire les émotions que cette situation suscitait en moi.

Chaque matinée variait grandement en fonction de l'état de santé physique et mental de Maïté. Parfois, Maïté parvenait à se mettre debout quasiment seule, puis se

La notion de **corps vécu** désigne en réalité autant le corps que le psychisme.

déplaçait à l'aide d'un déambulateur. Je pouvais alors observer sa démarche singulière, boitillante, certainement dûe à sa prothèse de la hanche. D'autres fois, sa faiblesse ou ses douleurs étaient telles qu'il lui était impossible de tenir sur ses jambes. Quand Maïté ne s'en sentait pas la force, elle demandait à s'asseoir dans son fauteuil roulant. Ses possibilités motrices ressenties (qu'elles soient réelles ou totalement illusoires) trouvaient leur source dans son vécu corporel. Dans la douleur ou dans la souffrance psychique, l'unité corporelle se segmente. Ce corps vécu n'a alors plus de limites nettes, contenant. Cela peut expliquer en partie ses problèmes d'incontinences.

Du fait de ceux-ci, les draps de Maïté étaient généralement souillés au réveil. Les professionnels ne pouvaient donc se résoudre à laisser Maïté dans son lit. Il semblait alors que nous soyons dans une impasse. « Il fallait bien » qu'elle se lève, mais elle n'était pas en capacité de le faire seule et elle refusait notre aide.

En essayant de comprendre pourquoi elle s'opposait tant, il m'a semblé qu'elle se sentait coupable de ne pas « réussir » à se lever. Cette situation venait, je pense, réactualiser des vécus antérieurs. Un transfert s'opérait alors se traduisant par la crainte de notre réaction, devant chaque impression « d'échec ». Elle nous rétorquait « c'est pas ma faute à moi », comme si nous la blâmions. Nous nous efforcions alors de la rassurer. Je l'assurais qu'aucun reproche ne lui était fait et que je comprenais que cette situation puisse être difficile pour elle. Maïté semblait une fois de plus ne pas prêter attention à nos paroles et s'enfermait dans un comportement agressif. Elle se mettait sur la défensive et se montrait menaçante. L'agressivité qu'elle soit physique ou verbale est liée au manque d'élaboration mentale et a un accès difficile à la représentation. C'est un mode d'expression archaïque.

Le **transfert** est la reviviscence de désirs, d'affects, de sentiments éprouvés envers les parents dans la prime enfance, et adressés cette fois à un nouvel objet, et non justifiés par l'être et le comportement de celui-ci.  
Francis PASCHE

Les professionnels, par souci de bienveillance (peut-être trop) cherchaient à couper court à cette agressivité. Quand les méthodes orales n'avaient pas de succès, pour les raisons évoquées ci-dessus, ils en venaient parfois à utiliser la force. En dernier recours, ils décidaient

de la lever d'un coup, en la soulevant par les aisselles. Cela les culpabilisait grandement, d'autant que Maïté semblait le vivre comme une véritable agression. Son malaise était nettement perceptible au niveau de son tonus musculaire. Il se traduisait par une rétraction corrélée à une crispation. Cela faisait office d'une véritable cuirasse tonique défensive. Ils en venaient à se demander s'ils n'étaient pas maltraitants, alors que leur intention première au contraire était l'hygiène et le bien-être de Maïté.

Maïté fonctionnait beaucoup en « gentil » et « méchant ». Dans le transfert, le mouvement spatio-temporel peut être positif (affectif et tendre) ou négatif (agressif). Il peut être l'un puis l'autre. Effectivement, Maïté opérait en permanence un clivage entre objet de haine et figure d'amour. Ceux-ci n'étaient pas fixés et pouvaient varier de nombreuses fois en l'espace de quelques minutes. Toutefois, Maïté semblait avoir

Le psychomotricien ne travaille pas sur le contenu du transfert mais sur son contenant, c'est-à-dire la frontière entre le monde psychique de l'autre et de lui-même. Il doit jouer un rôle d'**enveloppe contenante** des maux psychiques du patient. Il est garant d'un cadre qui va contenir les émotions du patient.  
CONTANT et CALZA

associé ma présence à la « gentille ». Le fait que je sois présente de manière régulière devait être sécurisant pour elle. Cette constance posait un cadre stable, lui permettant de mieux se repérer temporellement. De plus, je pouvais me permettre de passer beaucoup de temps avec elle. Autant que nécessaire. C'est un luxe que n'avaient pas les professionnels qui devaient aussi s'occuper des nombreux autres résidents de l'unité. Cela était certainement contenant et rassurant pour elle.

Motivée par la perspective du petit-déjeuner, elle finissait parfois par accéder à nos sollicitations, à la condition que je l'accompagne. Si une autre personne (qu'elle apprécie par ailleurs) lui proposait son aide, elle lui lançait un « Ah ! T'es méchant dégage » et me criait ensuite « avec toi ! ». Les AMP avaient bien compris que ce n'était pas leur personne qui était visée. Cet accompagnement de proximité faisait appel à une sensibilité affective très liée à l'image maternelle et paternelle. Maïté venait donc rejouer là des sentiments éprouvés dans son histoire infantile. Ces injures incessantes étaient violentes à recevoir tout de même. De plus, du fait de ses cris, de nombreux professionnels appréhendaient de la toucher. Par le jeu du dialogue tonique, Maïté percevait cette tension et se crispait alors davantage encore. Cela alimentait son sentiment d'insécurité et engendrait un cercle vicieux d'anxiété partagée.

A plusieurs reprises, à l'arrivée des aides-soignantes du SSIAD, Maïté refusa la douche. Fréquemment, elle a donc simplement bénéficié d'une toilette au gant. Les aides-soignantes changeaient tous les jours. Intervenant généralement auprès de personnes âgées « normales », toutes n'étaient pas à l'aise avec cette population. Maïté s'opposait surtout quand l'aide-soignante se montrait particulièrement infantilisante ou agacée par ses difficultés. Ce refus d'obtempérer était à mon sens une forme d'agression passive indirecte. Cette agressivité vis-à-vis de l'autre et ce désir de contrôle de l'autre sont des axes de ce que BION appelle « le mécanisme archaïque d'identification projective ».

J'ai pu observer durant ces toilettes toute l'importance de prévenir avant de toucher et d'accompagner le contact tactile par des mots. Quand il en était ainsi, Maïté restait un sujet en relation et non pas juste l'objet d'un acte automatique à force de répétitions. Anticiper en installant le matériel au préalable permettait de ne pas laisser Maïté en cours de prise en charge. Ainsi on évitait l'émergence d'angoisses d'abandon, et ce moment était plus sécurisant pour Maïté.

- **Conclusions**

Maïté avait conscience de la dégradation de son état et en souffrait manifestement narcissiquement. Elle avait grandement besoin d'être rassurée, valorisée, encouragée et motivée. L'équipe l'avait bien compris et s'efforçait de mettre du sens sur ses actions, de soigner son image et d'égayer ses matinées. Quand une difficulté se présentait, un peu d'humour permettait de lui renvoyer quelque chose de détoxifié de son expression agressive. Le fait d'être réellement présent dans la relation et de faire preuve de considération à son égard étaient les meilleurs moyens pour Maïté de préserver une représentation positive d'elle-même.

Ce qui importe finalement, c'est de respecter la dignité d'autrui, particulièrement lorsqu'il est vulnérable comme Maïté. Cela implique, pour le professionnel, l'engagement concret dans la relation d'accompagnement. Cet engagement était palpable au sein des professionnels de la résidence. Toutefois, la question du temps était prégnante. Dans des lieux de vie, tels que les foyers occupationnels, il n'est généralement pas possible au quotidien d'offrir un temps d'accompagnement suffisant pour des personnes dans la situation de Maïté.

L'intérêt d'un accompagnement en psychomotricité m'apparaissait de plus en plus évident. Puisque le vécu corporel se construit dans la relation à l'autre, offrir un espace-temps à Maïté où quelqu'un puisse lui être entièrement disponible me paraissait essentiel. Je pensais orienter mon travail sur la relaxation. J'aspirais à travers cette médiation corporelle à l'aider à maîtriser son tonus musculaire et à expérimenter le relâchement. Egalement à réinvestir son corps, le vivre comme lieu de plaisirs et pas seulement comme source de douleurs ou d'angoisses. Le but étant de l'aider à retrouver une image positive de son corps. J'attendais cependant, de pouvoir réaliser un bilan avant une quelconque prise en soins. Avant les vacances de Noël, à la mi-décembre, j'entrepris de l'évaluer. Par la suite, j'envisageais de prendre en soins Maïté sur un créneau qui m'avait été accordé à cet effet.

Maité s'est montrée volontaire pour venir. Je l'ai amenée facilement dans son fauteuil, jusqu'en salle de psychomotricité. Cependant, une fois arrivée, Maité s'est montrée plus opposante. Ne souhaitant pas la braquer, le bilan a été reporté. Seulement, à mon retour début janvier, Maité avait quitté le foyer. Une place s'était libérée en EHPAD et lui avait été proposée.

Des sentiments de culpabilité, d'abandon voir de trahison ont accompagné ce départ soudain. Une crainte de l'accélération du processus de vieillissement, dûe au départ prématuré en maison de retraite, était très présente dans le discours des différents membres de l'équipe. Selon Jean-Charles JUHEL, une modification brusque du mode de vie de la personne handicapée vieillissante peut en effet engendrer une régression irrémédiable. « L'âge moyen d'entrée en maison de retraite étant de 84 ans, les personnes en situation de handicap qui y sont placées dès qu'elles parviennent à l'âge de la retraite, trouvent à leur arrivée un environnement peu stimulant et passablement chronicisé. »<sup>41</sup> La séparation a donc été vécue douloureusement par les professionnels. Pour ma part la déception a été surtout liée à un sentiment de travail inachevé.

---

<sup>41</sup> JEANNE Yves, « Vieillir handicapé », Ed ERES 2011, p11.



## B. Jean

- **Présentation**

Jean est une personne joviale et douce. Il est né le 29 mars 1952 et a donc 62 ans. Il est porteur d'une trisomie 21. Jean est un homme, de petite taille, aux cheveux grisonnants fins et plats. Il présente les signes caractéristiques associés à son syndrome: une discrète microcéphalie avec un nez, une bouche et des oreilles de petites tailles, des yeux légèrement bridés et un menton avancé. Il a un développement staturo-pondéral plutôt harmonieux. Jean, en raison de sa déficience mentale, a des difficultés d'élocution, cependant, il sait se faire comprendre. Il s'exprime souvent à la troisième personne pour parler de lui-même. Il répète fréquemment «il est content Jean », avec une prosodie singulière.

Jean est arrivé en internat au FO en janvier 2006. Il était jusqu'alors en externat dans un centre occupationnel de jour. Il a également travaillé par le passé en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Sa mère est entrée en EHPAD en 2009, elle est aujourd'hui âgée de 98 ans. Jean la contacte régulièrement par téléphone et lui rend visite un dimanche sur deux. C'est une véritable institution pour lui, il y a d'ailleurs tout un cérémonial pour l'occasion : pipe, casquette gavroche et pull-over de circonstance. Jean a un frère de 10 ans son aîné mais ce dernier est peu présent. C'est une amie de la famille, également tutrice de Jean depuis 2011, qui fait le relais entre Jean et sa mère.

D'après la réunion de synthèse, le projet de vie de Jean s'articule autour des différentes activités qu'il pratique (poterie, chant et rythme), en attendant une entrée prochaine en EHPAD.

Jean porte deux dentiers et mange une nourriture mixée ou coupée en petits morceaux en raison de troubles de la déglutition. (A l'exception faite de la coutumière chocolatine partagée avec sa mère les dimanches). Au niveau des membres inférieurs, Jean a souffert d'une Paraphlébite en 1978, il a eu un stripping à la jambe droite en 1982 et une fracture du col du fémur en 1995. Cette dernière lui a valu la pose de 2 vis. L'année dernière, Jean a souffert d'une sub-occlusion intestinale (arrêt incomplet des gaz et des matières fécales dues à l'existence d'une obstruction). Il a été constaté que ses troubles sphinctériens sont généralement associés à de grands épisodes de désorientation. Actuellement, Jean présente une énurésie et une encoprésie nocturne.

Au niveau psychiatrique, Jean a présenté de graves troubles comportementaux entre février 2009 et mars 2012. Il s'agissait d'une incontinence urinaire accompagnée d'épisodes de coprophagie (consommation de matières fécales) et de comportements agressifs. Le psychiatre pense que Jean souffre d'une confusion de type Alzheimer mais rien n'a été confirmé. Les symptômes de cette affection neurologique sont avant tout les troubles de la mémoire. Progressivement, surviennent des troubles du comportement, une réduction de l'activité et une désorientation dans le temps et dans l'espace.

Il n'y a aucune trace de prises en charges paramédicales dans le dossier de Jean. Cela pourrait s'expliquer de par son âge. Actuellement, les personnes trisomiques bénéficient d'une prise en soins dès la toute petite enfance. Les personnes handicapées de la génération de Jean et Maïté, étaient déjà relativement âgées quand la prise en charge du handicap s'est généralisée. Peut-être n'en n'ont-ils donc pas profité. Seul un bilan psychomoteur réalisé par une psychomotricienne à son entrée au foyer est présent dans son dossier. Il n'est mentionné nulle part, s'il a été suivi en psychomotricité par la suite.

Il ressortait de ce bilan que Jean a tendance à se positionner en objet dans la relation. D'après la psychomotricienne, il n'aurait pas accès à la symbolisation. De plus, ses capacités visuo-perceptives seraient très limitées, de par ses difficultés à accéder à l'espace représenté. Jean serait capable de faire preuve d'attention et de compréhension devant une consigne, mais il éprouverait des difficultés à la réaliser. Il tirait profit cependant, d'un accompagnement verbal. Les repères de base de son corps étaient très sommaires. Ses appuis corporels paraissaient peu sûrs, toutefois, il n'avait pas de difficulté d'équilibre. Il lui était difficile de se relâcher sur le plan tonique. Au niveau des coordinations dynamiques générales, Jean faisait preuve d'une bonne énergie.

- **Mes observations cliniques**

Chaque matinée était très aléatoire. J'ai eu toutefois l'occasion d'accompagner régulièrement Jean au petit déjeuner. A partir du mois de janvier (Maïté ayant quitté le foyer), j'ai pu assister systématiquement, aux lever et aux toilettes.

Le réveil de Jean se faisait de manière très progressive dans un souci de respect de son rythme. Jean présente un ralentissement psychomoteur très prononcé en début de journée. La premier matin, je me suis de nouveau présentée et lui ai réexpliqué la raison de ma présence. Celle-ci n'a pas eu l'air de le perturber. Comme si cela était tout à fait banal. Peut-être était-il habitué à être l'objet d'attention de personnes inconnues. Ou bien s'agissait-il d'un trouble de la reconnaissance de l'autre ?

Ces temps d'observations m'ont permis de réaliser la place importante des rituels dans la vie de Jean. Tous les matins débutaient par l'ouverture des volets, même s'il faisait nuit. Cela paraissait nécessaire pour que Jean puisse sortir du lit. Ensuite, Jean allait automatiquement aux cabinets, puis demandait sa robe de chambre, rinçait son dentier, et cherchait ses mouchoirs. Enfin, avant de partir

Les **rituels** désignent un comportement standardisé, un ensemble d'attitudes ayant des règles (implicites ou explicites) immuables. Un rituel se présente comme une séquence d'actions répétitive et ordonnée dans le temps ayant un sens symbolique.

au petit déjeuner, il réalisait qu'il lui manquait ses lunettes et ses clefs pour fermer sa chambre. Les personnes trisomiques vivent le temps présent, car la notion de temps leur est relativement étrangère. Elles sont donc plus à l'aise si leur monde est prévisible. Cet enchaînement d'actions habituel avait donc sûrement une fonction organisatrice pour Jean. Je suppose que ces rituels devaient lui permettre de restructurer quelque peu son temps et son espace. Par ailleurs, si on considère que les rituels sont des mécanismes de défenses contre l'angoisse, je présume qu'ils avaient aussi une fonction de réassurance.

Des membres de l'équipe me rapportèrent que depuis quelques semaines, ils retrouvaient fréquemment Jean déjà levé, faisant des allers retours ou tournant en rond dans le noir. Il leur paraissait alors totalement désorienté. J'ai pu depuis moi-même l'observer quelques fois. La désorientation se rencontre essentiellement au cours de la confusion mentale et lorsqu'un individu à sa conscience affaiblie (par une démence ou par la diminution de la vascularisation cérébrale avec le vieillissement). Cette situation confortait donc l'hypothèse du psychiatre d'une possible démence.

La **désorientation** temporo-spatiale est altération de la faculté à se repérer dans le temps et dans l'espace. Cette désorientation est le résultat d'un changement des perceptions par le cerveau lesquelles permettent habituellement de se situer à un moment donné.

L'action est guidée par la perception. Lorsque ces perceptions ne sont plus possibles (pour les raisons citées ci-dessus), cela engendre une sensation de vide et d'incohérence génératrices de tensions. Je suppose qu'à travers ces déambulations, Jean tentait inconsciemment de décharger ses tensions par le mouvement. Le fait qu'il « tourne en rond » et donc revienne au cercle, m'évoque une recherche de réassurance. Je pense qu'il s'agissait d'une tentative pour maintenir une sensation d'unité et d'harmonie tonique.

La transition entre deux espaces devenait de plus en plus difficile. Jean semblait comme « bloqué », en dépit de toutes les stratégies de diversions de l'équipe, pour lui faire passer le pas de sa porte. Cela engendrait beaucoup d'appréhensions de l'équipe qui craignait de devenir « forçante ». Cependant, je n'observais pas ce phénomène lorsque je l'accompagnais. Peut-être était-ce dû au fait que j'essayais d'initier le mouvement en douceur et de l'accompagner de tout mon corps en calant ma marche sur la sienne. Je fis part de ces suppositions à certains membres de l'équipe. Ceux-ci en quête d'astuces techniques, les acceptèrent volontiers.

Pendant le petit déjeuner, Jean avait souvent le regard absent et j'avais l'impression qu'il agissait de manière automatique. Mes efforts pour initier une conversation n'étaient pas fructueux. Jean ne semblait pas tenir de réels dialogues. Il se contentait généralement de répéter les demandes de son interlocuteur à l'affirmatif sur un mode écholalique. Jean était plutôt passif dans l'échange. Il ne s'exprimait que sur sollicitations et son discours était plaqué.

Par ailleurs, j'observais que Jean était capable de motricité fine. Cependant, ses gestes étaient extrêmement ralentis. Je suppose qu'en dépit de la vigilance de l'équipe à respecter la temporalité de Jean, le rythme de l'institution restait trop rapide au regard de son fonctionnement. Toutefois, il semblait avoir un regain d'énergie à l'arrivée des aides-soignantes du SSIAD. Il affectionnait particulièrement ce moment privilégié.

Avec l'accord des intervenantes du SSIAD et de Jean, j'assistais à la toilette, puisqu'il s'agissait là, apparemment, du cœur de la problématique. J'ai pu constater rapidement, qu'avec Jean, la guidance verbale s'avérait très efficace. Lors des toilettes, il m'apparut plutôt autonome. Au niveau de la motricité globale Jean ne présentait pas de difficulté. Il était même capable de tenir en équilibre sur un pied. La plupart des aides-soignantes du SSIAD encourageaient ses actions par des paroles. Elles le faisaient participer autant que possible notamment pour la toilette intime. Elles le rassuraient, et valorisaient ce qui pouvait l'être.

La nature agréable de Jean y jouait pour beaucoup. Jean se montrait volontaire et enjoué. Il n'était pas rare qu'il chantonne et s'exclame « il est content Jean ». Cependant, il arrivait aussi fréquemment que Jean exprime des plaintes somatiques de type « C'est douloureux ». Celles-ci n'étaient, bien souvent, pas prise en comptes voir banalisées. Toutefois dans l'ensemble, les toilettes auxquelles j'ai assisté se sont déroulées sans difficulté. Il semble que le potentiel de Jean soit activé par l'aide humaine.

Lorsque la guidance verbale n'était pas suffisante, la guidance gestuelle permettait à Jean de réaliser les actions demandées. L'aide-soignante lui montrait le mouvement à réaliser et Jean le reproduisait. Jean est beaucoup dans le mimétisme. Cette capacité d'imitation met en jeu les neurones miroirs. C'est un point fort sur lequel Jean peut s'appuyer pour développer son autonomie.

La particularité des **neurones miroirs** tient au fait qu'ils déchargent des potentiels d'action pendant que l'individu exécute un mouvement (c'est le cas pour la plupart des neurones du cortex moteur et prémoteur), mais aussi lorsqu'il est immobile et voit une action

Quand une plus grande assistance était nécessaire, pour l'habillage par exemple, il lui était demandé de nous « aider à l'aider ». Le temps de latence de Jean était souvent interprété par les aides-soignantes comme une incapacité. En réalité, cette lenteur de réaction caractéristique de la trisomie, est due au déficit de la vitesse du traitement de l'information. De plus, les personnes trisomiques vivent une affectivité très intense. C'est d'autant plus vrai dans ce cadre particulier de grande proximité. Chaque demande est donc très chargée émotionnellement. Cela peut bloquer une réponse que pourtant il connaît. Donner du temps à Jean était donc nécessaire. Pour les aides-soignantes souvent présent dans l'urgence des soins, s'autoriser à prendre ce temps était difficile.

Le comportement général de Jean connaissait des variations significatives d'une semaine à l'autre. Jean pouvait rester très longtemps inactif dans les espaces communs. Je suppose qu'il était surchargé par un trop plein d'informations car les personnes trisomiques ont des difficultés à filtrer les informations pertinentes. Les sons et les voix peuvent donc apparaître à leurs oreilles comme un bruit de fond. Toutefois, si on utilisait des indices sonores contrastants, Jean était capable d'attention et pouvait participer à une conversation. Au fil des semaines, Jean participait de plus en plus spontanément aux conversations.

Il arrivait par moment que Jean se positionne de manière infantile vis à vis des professionnels ou de ses pairs. Pour exemple, il demandait parfois des «couches». De plus, lorsqu'il avait souillé ses affaires durant la nuit, il s'inquiétait de savoir s'il allait «être grondé». Il semble qu'il soit toujours dans une dynamique relationnelle psycho affective « parent-enfant» notamment lors des toilettes. Jean parlait d'ailleurs souvent de sa mère pendant ces moments. Toute dépendance à un autre, surtout quand la relation est asymétrique, fait ressurgir la manière dont s'est passée l'expérience primordiale de la dépendance à la mère. Ce vécu passé est réactivé transférentiellement. Dans le cas de Jean, aux dires des professionnels, cette expérience fut particulièrement fusionnelle et indifférenciée. Cela pourrait expliquer le fait que Jean ne puisse pas dire « je ».

- **Conclusion**

Suite à mes observations, j'ai rédigé un compte-rendu reprenant les grands thèmes de la psychomotricité. Jean était désorienté du fait de ses capacités visuo-perceptives limitées et de ses difficultés à se repérer dans le temps et l'espace. Cela était générateur d'angoisses pour lui. Il m'a donc semblé qu'il tirerait profit d'un cadre contenant et stable où il puisse décharger ses tensions. De plus, la structuration spatiale étant intimement liée à l'intégration du schéma-corporel, une exploration de ce dernier, à travers une prise de conscience des sensations, me paraissait donc nécessaire. J'ai donc conclu, qu'une prise en soins en psychomotricité lui serait bénéfique.

## IV. L'ATELIER DE PREVENTION

### 1. Elaboration du projet

- **Réflexions préalables**

Ce projet d'atelier part du constat que le cas de Jean n'est pas isolé. En effet, un nombre croissant de résidents du foyer connaissent à présent ou connaîtront prochainement, les effets de la vieillesse. Celle-ci les limite de plus en plus au quotidien. La mise en place d'un atelier de prévention des risques de pertes d'autonomies liées au vieillissement paraissait donc judicieuse. Cet atelier a été pensé pour les résidents vieillissants qui comme Jean, sont concernés par la désorientation temporo-spatiale. Il a également été proposé à ceux dont la mobilité se voit réduite de par l'avancée en âge. J'ai dû informer le médecin psychiatre de mon projet d'atelier puis j'ai fait le tour des équipes pour le leur présenter.

- **Le public**

Commençant à bien connaître les résidents, j'avais repéré certaines personnes qui auraient pu être concernées. Différents professionnels se sont prêtés également à l'exercice et ont réfléchi à qui pourrait tirer profit d'un tel atelier dans leur unité. Après avoir listé tous les noms, nous les avons étudiés avec mon maître de stage. Ensuite j'ai soumis le tout au psychiatre qui a validé ma proposition.

Avec Jean, trois autres résidents participent à cet atelier. Christine et Janette, deux femmes d'une petite soixantaine d'années, de plus en plus limitées dans leurs déplacements du fait de problèmes d'équilibres croissants. Didier, un homme trisomique, avançant en âge et présentant tout comme Alain une désorientation temporo-spatiale et des troubles du comportement.

Puisque ce mémoire, porte sur l'intérêt d'un accompagnement en psychomotricité des personnes trisomiques vieillissantes, je m'arrêterai plus particulièrement sur les cas de Didier et de Jean.

- **Les objectifs généraux**

L'intention portée par cet atelier était notamment de favoriser la confiance en soi par une prise de conscience des résidents de toutes leurs capacités restantes. Pour la construction des séances, je me suis appuyée sur les théories de Mme PONTON qui prône une structuration de séance dans une logique d'ouverture progressive de la personne à son environnement. Initialement mon objectif était de prévenir des risques de chutes. Je souhaitais donc les amener progressivement au sol au fil des séances, afin que celui-ci devienne moins anxiogène. Ensuite, j'envisageais d'appréhender les relevers.

## **2. Mise en place de l'atelier**

J'anime l'atelier depuis début février à raison de 45 minutes par semaine, avec le concours de mon maître de stage.

Nous commençons systématiquement, par un temps de paroles où chacun peut exprimer ce qu'il souhaite. Ensuite, nous poursuivons par un petit échauffement ludique. Très global les premières séances, il est aujourd'hui plutôt axé en fonction de ce que l'on va travailler. Puis nous enchaînons avec quelques exercices, mettant en jeu la sensibilité plantaire, les repoussés et les appuis, la conscience de l'axe et du tronc (notamment du plan postérieur), l'équilibre, les capacités de coordinations et de dissociations, etc. Ces exercices se présentent souvent sous la forme de jeux et laissent place à la créativité de chacun. Les séances se terminent par un temps de danse sur une chanson de Stromae que Jean apprécie tout particulièrement. Ce moment dynamique est l'occasion de d'expérimenter divers déplacements dans l'espace, d'appréhender la notion de rythme et de travailler la capacité d'attention perceptive. C'est également l'opportunité pour les résidents de faire une expérience paisible et agréable de leur corps en relation. Pour finir, avant de nous quitter nous refaisons un tour de paroles où chacun peut partager son ressenti.



## A. Didier

- **Présentation**

Didier est une personne trisomique de 52 ans. C'est un homme de très petite taille. Il est brun et a une calvitie prononcée. Ses yeux noirs sont cachés derrière des lunettes toutes rafistolées. Les extrémités de ses lèvres sont affaissées laissant apparaître ses canines inférieures. Il émane de lui une certaine agressivité.

L'histoire de vie de Didier est atypique et mérite de s'y arrêter. Didier est né dans des circonstances difficiles. Il a été gardé par sa mère sur les conseils de la sœur de cette dernière, qui ne pouvait pas avoir d'enfant et l'a adopté ensuite. Didier a donc été élevé par son oncle et sa tante. Sa mère adoptive et son père adoptif sont décédés dans les années 2000. Didier est parti alors vivre avec sa mère biologique et son beau-père qu'il ne connaissait pas. Didier a passé deux ans à Cadillac. Son beau-père et sa mère ont divorcé en 2010 après 40 ans de mariage. Depuis lors, Didier présentait de graves troubles du comportement (notamment une encoprésie nocturne). Il est arrivé au FO en juin 2011 en accueil d'urgence. Il est toujours présent depuis.

Didier présente une amblyopie qui progresse vers une cécité. Il a de graves problèmes d'hygiène. Cela a notamment pour conséquence un déchaussement de ses dents. Didier ayant besoin d'un accompagnement plus médicalisé, une orientation en FAM a été demandée.

Je connaissais peu Didier avant la mise en place du groupe. Quand je suis venue le rencontrer pour lui proposer de participer à l'atelier, j'ai eu l'impression qu'il avait été comme « posé là » en attendant le repas. Il semblait absent, le regard perdu dans le vague. Parlant peu, il m'avait paru très déficitaire. Il ne s'exprimait que pour vociférer des insultes. Il pouvait soudainement avoir des gestes menaçants, voir de réels accès de violences. Ces troubles du comportement signeraient d'après le Psychiatre, un début de démence de type Alzheimer.

L'agressivité est fréquente chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Cela peut être lié aux difficultés de communication. Je présume que Didier n'est pas capable d'exprimer de façon adéquate ses émotions et que ce sentiment de non-contrôle, entraîne de l'agressivité. De plus, l'importance de ses troubles visuels potentialise certainement cette agressivité. L'absence d'information visuelle engendrant nous l'avons vu, une relation angoissante à l'environnement.

- **Objectifs de la prise en soins**

Mon objectif était d'accompagner Didier dans un réinvestissement de l'espace en relation avec les autres. Pour cela, j'aspirais à l'aider à retrouver des repères stables sur lesquels s'appuyer pour s'orienter.

- **Evolution au fil des séances**

Le moment de la première séance venu, Didier commença par refuser de nous suivre. Peut-être ne l'avions-nous pas assez préparé. Je l'avais déjà rencontré pour lui proposer de participer à l'atelier. Cependant, dans l'hypothèse où il présenterait effectivement une démence, il était fort possible qu'il ait oublié. Dans ce cas, mon maître de stage et moi-même, étions alors pour lui des inconnus, venant le chercher pour une raison incompréhensible. Didier semblait totalement dépassé par cette situation. Son anxiété se manifestait par une nette opposition à nous suivre et de nombreux cris.

De prime abord, cette situation me sembla très violente pour Didier comme pour moi. J'étais donc partagée. Pour ma part, j'aurais eu plutôt tendance à respecter « le choix » de Didier et commencer la séance avec ceux qui étaient volontaires. Mon maître de stage quant à lui, tenait à ce que Didier participe à l'atelier. Il considérait qu'il était celui qui en tirerait le plus profit. D'après lui, cette opposition faisait justement parti de sa problématique. Si je souhaitais aider Didier, il fallait donc passer par là.

Grâce notamment à la bienveillance et aux encouragements patients de Janette et Christine, qu'il connaît bien, Didier a fini par réussir à s'asseoir parmi nous. Didier semblait fonctionner en relais. Il refusa tous les exercices mais se montra très attentif. Je n'en n'espérais tant au vu de la première demi-heure.

La deuxième séance fut plus compliquée encore pour Didier. Celle-ci a débuté très en retard pour des raisons indépendantes de ma volonté. Nous l'avons donc commencé dans la précipitation. Le cadre étant déjà bien fragile, cela fut trop violent pour Didier. J'ai compris alors qu'il était particulièrement important de l'avertir avant une transition, de le préparer. Il lui est compliqué de faire face aux changements en raison de sa difficulté à se repérer dans le temps. Si on change les plans en cours de route et que sa routine journalière est perturbée, son milieu n'est plus sécurisant. Didier présente alors des troubles du comportement.

Didier finit tout de même par nous rejoindre pendant la séance accompagné d'une AMP de son unité et de mon maître de stage. Cette AMP, figure familière rassurante, tel un objet transitionnel, avait fait l'intermédiaire et lui avait permis de passer d'un espace à l'autre sans difficulté. Ainsi entouré, contenu, il avait pu traverser ce moment et dépasser son angoisse.

A ma grande surprise, à la séance suivante je découvre devant la salle, Janette accompagnée de son compagnon et de Didier ! Celle-ci m'informe fièrement que Didier est venu sans difficulté sur leurs sollicitations. Sentant Didier plus disposé, je tente de l'inclure progressivement. Lors de l'échauffement initial, je prends l'initiative d'accompagner ses mouvements. Il ne montre aucune opposition. Lorsque nous introduisons un jeu de ballon, Didier semble même intéressé. Cependant, quand je lui fais une passe, il l'envoie littéralement balader. Il semble toutefois en jouer. Christine réitère l'expérience. Il réagit alors de manière tout à fait adaptée et s'inscrit dans le jeu. Tous se prêtent d'ailleurs au jeu et l'incluent volontiers dans l'échange. Même s'il feint de rechigner, il prend un réel plaisir à m'envoyer ce ballon de toutes ses forces dans une véritable pulsion agressive à mon égard. Il initie même un jeu de ballon au pied. Lors de la musique finale, Didier s'intègre facilement au cercle et participe réellement. Il m'empoigne pour que je me mette à côté de lui dans le cercle, me demande de manger avec lui et m'embrasse sur la joue, sur un mode là encore pulsionnel. Selon Freud, chez le tout petit, les pulsions de vie (ou libidos) sont mêlées aux pulsions d'agression qui sont des manifestations de la pulsion de mort. Il semble que ce soit toujours le cas chez Didier.

Au fil des séances, le cadre semble de plus en plus solide et tout le monde y trouve progressivement sa place. Cependant des aléas viennent troubler la quiétude du groupe. Un jour, Janette ne put participer à l'atelier car elle avait rendez-vous avec sa tutrice. Christine quant à elle, refusa de venir. Cela était étonnant car elle manifestait toujours son enthousiasme à la fin de des séances. Mon maître de stage resta donc avec nos deux protagonistes restants, tandis que j'essayais de mon côté, de comprendre la raison de la non-participation de Christine. (Il semble, qu'il soit cyclique chez elle de rejouer une problématique d'abandon.) Cette situation ne sembla pas perturber Didier et Jean. A mon retour, je les trouve m'attendant sereinement en compagnie de mon maître de stage. Didier se montra de plus en plus volontaire et enjoué. Il mettait tout en œuvre pour que je l'accompagne un maximum dans ses mouvements. L'effectif réduit le permettant, je me prêtais au jeu. Une approche personnalisée faisait diminuer visiblement ses défenses toniques et son agressivité.

Lors d'une séance, j'ai voulu expérimenter des exercices de conscience corporelle assis sur un petit banc. Ce projet était ambitieux puisqu'il était déjà compliqué pour Didier de venir simplement s'asseoir sur les chaises. Ma demande signifiait non seulement de changer ses habitudes, mais aussi de descendre d'un niveau supplémentaire. Il finit toutefois par se prêter à l'exercice aidé par mon maître de stage. J'ai pu voir alors l'intérêt de la coanimation. Ayant discerné que Didier avait besoin d'une attention particulière, nous nous partageons les tâches. J'animais le groupe tandis que mon maître de stage s'occupait plus spécifiquement de Didier.

Sur la demande de la direction, j'entrepris de faire passer un bilan<sup>42</sup> intermédiaire normé à Didier afin de pouvoir « quantifier » sa progression par la suite. J'avais prévenu Didier à de nombreuses reprises pour le préparer. De plus, il avait pu assister à la fin de certains bilans car je le faisais passer avant chaque séance à l'un des résidents depuis quelques semaines. Didier était le dernier de la série. Etant celui dont j'appréhendais le plus la réaction, j'attendais qu'une réelle alliance thérapeutique se mette en place. Didier se montra très volontaire. Au niveau des coordinations dynamiques générales, il fut étonnant par ses capacités. Celles-ci étaient seulement limitées par un contrôle tonique quelque peu défaillant. La posture étant très liée à sa vision, tout ce qui était hors de son champ visuel, qui est très réduit, était générateur de tensions. Cela se traduisait dans son contrôle tonique et postural.

Lors de la séance qui suivit, nous avons expérimenté le passage au sol. Didier est descendu sans difficulté. Toutefois, l'apprentissage du relever, se révéla plus compliqué. Didier fut pris d'une montée d'angoisse, se traduisant par une hypertonie généralisée et de nombreux cris. Il n'était plus disponible à mes explications et démonstrations. Nous avons essayé de l'aider en l'accompagnant dans sa remontée, mais paniqué il se mit en extensions en mimant un réflexe de Moro.

Le **réflexe de Moro**, appelé également réflexe d'embrassement, est le mouvement très particulier au cours duquel les bras s'écartent symétriquement puis se rejoignent en arc de cercle. Ce mouvement survient quand le bébé est surpris ou se déséquilibre.

Nos tentatives de réassurances n'eurent pas les succès escomptés. L'hypertonie est avant tout une fonction de pare excitation. Elle protège car elle permet de réagir à un stimulus d'agression. Elle devient en quelque sorte anesthésiante. Didier n'était donc plus en mesure de percevoir, recevoir ce qui venait de l'extérieur.

---

<sup>42</sup> Bilan en Annexe 1.

Suite à cet épisode, quelques séances redeviennent difficiles. Le travail au sol lui semblait maintenant impossible. Le fait même d'enlever ses chaussures devenait compliqué. Il ne pouvait donc pas participer aux parcours sensoriels, ceux-ci faisant appel à la sensibilité plantaire. De plus, il criait et lançait tant d'injures que tous se mettaient à le sommer de se taire. Même Jean exprimait spontanément sa gêne et le qualifiait de fou. L'ambiance émotionnelle en était donc grandement affectée.

Didier peut aussi se montrer très « facile » peut-être trop parfois. Un matin récemment, quand je vins lui rappeler la séance du jour, il acquiesça volontiers. Il agit de même lorsque je vins le chercher et me suivit très facilement. Il se montra participatif et exécuta même des exercices sur simple imitation sans que j'aie besoin d'accompagner ses mouvements.

- **Conclusions**

Didier dans l'ensemble a évolué positivement au fil des séances. Il est de plus en plus ouvert et peut maintenant se montrer très participatif. Cependant, Didier est en demande d'une attention exclusive que je ne pouvais lui offrir.

En dépit de ses progrès généraux, j'observe de temps à autres des phases de régression dans le comportement de Didier. Il peut se montrer d'une semaine à l'autre, plein d'entrains et d'énergies ou totalement apathique. Cela peut être corrélé au traitement qu'il prend pour ses troubles du comportement. Le dosage de celui-ci a changé à plusieurs reprises au cours des dernières semaines. Il semble que Didier ne soit pas encore très équilibré. Cela impacte considérablement le travail réalisé en psychomotricité. Toutefois, la prise en compte de ces facteurs fait partie intégrante du travail du psychomotricien.

## **B. Jean**

- **Objectifs de la prise en soins**

Le but de cet atelier était d'offrir à Jean un lieu où décharger ses tensions pour qu'il puisse retrouver un sentiment de sécurité interne. Les objectifs étaient aussi qu'il renforce la représentation qu'il a de son corps, pour qu'il puisse davantage se situer face aux objets et aux personnes environnantes et ainsi mieux organiser ses déplacements dans l'espace qui l'entoure.

- **La transition**

J'ai profité de temps informels pour aviser Jean de la fin prochaine de mes accompagnements du jeudi matin. Puis, je lui ai fait part de la mise en place prochaine d'un groupe auquel il pourrait participer. Je le lui ai présenté par souci de compréhension, comme un atelier où il fera de la gym douce, quelques exercices et un peu de danse en musique. Il montra tout d'abord sa déception à l'annonce de la fin de mes observations, mais accepta ensuite avec enthousiasme de participer à l'atelier. Cette fois, il semblait avoir bien compris de quoi il retournait. Il me montra d'ailleurs spontanément des mouvements de gymnastique qu'il connaissait.

- **Evolution au fils des séances**

La première fois que je vins chercher Jean pour l'atelier, il me suivit volontiers en fredonnant « Papaoutai papaoutai ». Il s'agissait d'une chanson que je lui avais proposé d'utiliser dans l'atelier pour le moment de danse. Cela me conforta sur la capacité de Jean à faire du lien. De plus, j'étais ainsi assurée qu'il avait bien repéré ma personne.

Jean se montra très participatif. Cependant, je me suis rendu compte aux premières séances qu'il avait parfois des difficultés à réaliser les consignes. Je pense que c'était par souci de compréhension. De plus, quand nous passions à un nouvel exercice, il semblait fréquemment ne pas s'en rendre compte. D'après mon maître de stage, cela pouvait être dû à un défaut d'attention en raison d'une audition déficiente. Aux séances suivantes je me mettais donc face à Jean afin qu'il puisse compenser ce déficit sensoriel en profitant par imitation de mon exemple. De plus, je prenais garde à être plus attentive dans le choix de mes mots. Je m'efforçais d'employer des phrases simples et de ne communiquer qu'une information à la fois. Je m'assurais que les consignes soient bien comprises. Jean parvenait ainsi à bien mieux suivre les séances.

Au fils des séances Jean est toujours plus enthousiaste et chantonne systématiquement quand je l'accompagne à l'atelier. J'ai le sentiment que cela fait office de transition entre l'espace de son unité au rez-de-chaussée et la salle de psychomotricité au sous-sol. Cette enthousiasme est apparemment communicatif... des membres de l'équipe me rapportent que Jean revient « tout content » de l'Atelier et l'exprime explicitement.

Cependant nous l'avons vu quelques évènements mettent à mal le cadre physique et mental du groupe. Didier pouvait se montrer opposant et manifestait bruyamment son mécontentement si je n'étais pas à côté de lui pour l'accompagner. Dans un souci d'apaisement de l'ambiance émotionnelle et de maintien du cadre, j'étais donc parfois amenée à être moins attentive aux autres résidents. De plus, Jean étant celui présentant le plus de facilités sur un plan moteur, il avait moins besoin que je le sécurise. Ainsi, j'étais donc parfois moins disponible pour Jean. Il ne s'en plaignait pas. Toutefois, je doute de sa capacité à élaborer une plainte de cet ordre.

Jean fait beaucoup de propositions que nous relayons le plus souvent. Les autres participants aussi s'autorisent à présent à prendre des initiatives. Il semble naître chez Jean une demande d'exercices plus toniques au vu des mouvements qu'il propose. Il m'est cependant difficile de répondre à sa demande en raison des limitations motrices et de la fatigabilité des autres membres du groupe.

- **Conclusion**

Jean est un élément moteur, dynamique, et apprécié du groupe. Il a bien investi le cadre et le contenu de l'atelier. Il prend un réel plaisir à y participer. Son engagement affectif au sein de l'atelier est certain. Il entretient avec ses pairs dans l'espace de la séance des relations amicales. Jean tire avantage de ce temps en relation.

Les résultats de son bilan sont très positifs. Jean est très performant aussi bien au niveau du contrôle postural et du contrôle tonique que des coordinations dynamiques générales.

Si son évolution au sein de l'atelier est manifestement positive, je me posais la question de ce qu'il en était dans son quotidien. Aux yeux de l'ES de son unité Jean semble à ce jour toujours aussi passif dans l'interaction. Cependant, il lui paraît plus véloce et alerte. Il gagne selon lui en aisance dans sa démarche et celle-ci paraît plus fluide. Par ailleurs, les matins, Jean bloque beaucoup moins. Les professionnels perçoivent toujours une petite appréhension au passage des portes mais celle-ci est rapidement apaisée et facilement surmontable. A présent, un seul professionnel suffit à l'accompagner dans cette transition. Les répercussions de cette prise en soins collective, sur sa qualité de vie, sont donc positives.

### 3. Bilan de l'atelier

La dynamique de groupe est un outil très utile auprès des personnes âgées handicapées en psychomotricité. Le groupe est porteur et Janette, Christine, Jean et Didier ont su en profiter. Chacun, en fonction de son expérience dans le domaine du travail corporel a pu proposer une idée qui lui était propre. En s'appuyant sur les commentaires des uns et des autres, les démonstrations et les propositions des résidents, nous avons donc fait jouer cette dynamique. C'était gratifiant pour eux. A travers ces échanges, ce partage, le travail thérapeutique a pu se faire. Il en été d'autant plus riche et créatif.

Bien sûr il a fallu adapter les exercices en fonction de la fatigabilité et des capacités physiques et attentionnelles de chacun. La limitation de la mobilité articulaire de certains amène à devoir décomposer de nombreux mouvements. Les déficits sensoriels et proprioceptifs d'autres résidents, demandent entre autre de tenir compte de leur position par rapport à moi. Les difficultés de compréhensions des consignes verbales et les troubles mnésiques de certains m'amènent à devoir adapter les consignes en les répétant en utilisant différents canaux sensoriels. Les personnes ayant des troubles de l'équilibre imposent une grande vigilance. Toutes mobilisations de l'axe vertébral doivent donc être faites lentement afin d'éviter l'hypotension orthostatique. De plus, l'organisation d'un groupe de personnes ayant pour beaucoup une mobilité réduite prend du temps notamment au niveau des accompagnements avant et après la séance. Il est donc judicieux d'être à deux pour encadrer un tel groupe.

Selon Patrick BLOSSIER « un groupe dilue les phénomènes transférentiels, favorise les transferts latéraux diversifie les figures identificatoires et relance les relations.» Effectivement, cette prise en soins collective a permis de limiter les transferts. Ceux-ci auraient pu devenir très envahissants dans les cas de Jean et de Didier par exemple. Le groupe leur a permis aussi de s'ouvrir les uns aux autres et de renforcer leurs liens. Une véritable solidarité s'est tissée.

Les résidents gagnent de séances en séance confiance en eux. Josette exprime même qu'elle se sent « plus solide ». Ils s'amuse à repousser leurs limites dans cette espace sécurisant et leur équilibre devient plus sûr. A travers des expériences sensorielles ludiques, ils investissent leur corps dans le registre du plaisir. Ainsi ils gagnent en aisance dans leur motricité. Il reste encore à les aider à mentaliser leurs éprouvers corporels.



# TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

## I. BILAN ET ANALYSE DE MA PRATIQUE

Cette expérience du travail en institution fut enrichissante et professionnalisante. Le climat du foyer était propice à la mise en place de projets. Ces derniers étant soutenus par la direction et les équipes, leurs élaborations en étaient d'autant plus agréables. Voir mes projets se concrétiser m'a permis de gagner en confiance quant à ma pratique.

Pour autant, la place de stagiaire n'a pas toujours été facile à tenir. Cela fut particulièrement délicat quand, au début de mon stage, j'entrepris d'arriver plus tôt pour observer des résidents. Ma position n'était peut-être pas assez clairement définie. J'étais une stagiaire psychomotricienne venant sans son maître de stage et pour a priori, ne pas faire de psychomotricité, puisque je me présentais comme une simple observatrice. En réalité, il s'agissait bien de psychomotricité mais simplement dans un cadre thérapeutique différent.

De plus, me contenter d'être observatrice m'était difficile. Mais comment être dans l'action sans pour autant froisser l'équipe ? J'ai donc opté pour les assister. Je me rendais utile autant que possible. Cette position me permettait d'observer sans pour autant me positionner en critique. Toutefois, je me demandais ce qui me différenciait d'une stagiaire ME ou AMP.

J'ai donc réfléchi à ce qui faisait la particularité d'une stagiaire en psychomotricité. Bien sûr, on pense en premier lieu à « notre regard clinique ». Puisque les professionnels ici présents connaissaient bien mieux Maïté et Jean que moi, ils étaient plus à même de discerner des changements dans leurs fonctionnements. Mon œil clinique était bien moins exercé que les leurs mais il était aussi différent du fait de ma formation. Par ailleurs, en tant que novice je pouvais porter un regard neuf et extérieur sur la situation.

Dans un premier temps, j'ai travaillé davantage avec l'équipe que les résidents. Ces temps du matin, avant l'effervescence de la journée, étaient propices à l'échange. Je n'avais pas de solutions miracles à leurs proposer. Mais le simple fait que je m'intéresse à leur rôle, que j'entende leurs difficultés, témoigne de la complexité de leur situation et reconnaisse la valeur de leur travail, semblait déjà les alléger. Il me semble que c'est là tout l'intérêt du travail pluridisciplinaire.

L'équipe avait manifestement une intelligence intuitive de la relation. De nombreuses choses intéressantes avaient spontanément été mises en place pour pallier à leurs gênes. Face à certaines situations, je me retrouvais aussi désarmée qu'eux. Dans d'autres, je remarquais quelques améliorations encore possibles. Toutefois, comment exprimer ces recommandations ? Quelle légitimité a une stagiaire, pour se permettre d'en donner ? Cette position était d'autant plus inconfortable que j'avais le sentiment d'avoir à ce sujet, des avis divergents. Mon maître de stage semblait penser qu'il était de mon devoir de me faire entendre et de laisser une trace de mon travail dans l'institution puisqu'il s'agissait d'un stage professionnalisant. Pour d'autre, de par ma position de stagiaire, j'étais dans l'établissement pour apprendre. A ce titre, je n'étais pas qualifiée pour dispenser des conseils aux professionnels diplômés. J'ai dû composer avec ces deux points de vue.

Pour faire passer mes idées j'employais donc des manières indirectes. Par exemple je faisais des recherches que je partageais ensuite avec les professionnels de manière informelle. Nous y réfléchissions ensemble. J'expérimentais également de nouvelles façons de faire sous leurs yeux. Cela permettait de nous mobiliser pour repenser et expérimenter des solutions. L'intérêt premier était de ne pas en venir à normaliser voir banaliser cette situation.

J'ai accompagné Maïté et Jean presque constamment, excepté pour la toilette où je restais en observatrice. La nudité ne me mettait pas mal à l'aise, j'avais participé à de nombreuses toilettes en FAM. Ce qui me gênait, c'était le fait de connaître à peine ces résidents. Je me sentais déjà très intrusive en me contentant d'observer la toilette. Au FAM, la plupart des résidents étaient polyhandicapés. Ils avaient donc, toujours eu besoin d'une assistance pour la toilette. Ils avaient l'habitude d'être manipulés par différentes personnes. N'ayant connu que cela, les notions de corps privé et corps public étaient, pour eux, presque inexistantes. Ce n'était, à ma connaissance, pas le cas de Maïté et Jean. Ces notions tiennent compte de l'histoire de la personne.

Par ailleurs, même si les intervenantes du SSIAD étaient toujours très conciliantes, je les sentais, généralement, peu enthousiasmées par ma présence. Je pense que l'impression d'être jugées était toujours présente, même si je m'efforçais d'adopter une position aussi neutre que possible. Toutefois, à force de bienveillance à leurs égards, certaines finirent tout de même par s'ouvrir et partager plus volontiers leurs expériences.

## II. QUELQUES REFLEXIONS AUTOUR DE L'OFFRE DE SANTE PROPOSEE AUX PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

L'accroissement du nombre de personnes âgées et l'augmentation de l'espérance de vie dans les sociétés occidentales s'accompagnent fort heureusement d'un regard plus attentif porté sur les offres de santé proposées tout au long de l'avancée en âge.

L'accompagnement de la personne handicapée vieillissante est en pleine émergence, en pleine structuration. C'est une chance pour l'ensemble des acteurs concernés et notamment pour les professionnels paramédicaux que sont les psychomotriciens.

En 2014, on peut être handicapé et bien vieillir, ce n'est pas inconciliable. Toutefois, nous l'avons vu, nous pouvons encore progresser concernant l'offre de soins et la création de structures d'accueils répondant spécifiquement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. Aujourd'hui les personnes vivants en foyer de vie ou en en foyer d'hébergement, sont souvent amenées à les quitter car ces lieux ne se révèlent plus adaptés. Ceux-ci n'ont pas initialement pour vocation d'être médicalisés.

Par ailleurs, les personnes handicapées vieillissent et leurs parents aussi... Les aidants familiaux souvent fortement mobilisés, disparaissent et il faut prendre le relais. Il n'est pas rare aujourd'hui, d'accueillir les personnes handicapées vieillissantes dans des résidences pour personnes âgées déjà existantes. Cela s'inscrit dans la dynamique du rôle social et de l'inclusion à tous les âges de la vie. Tout comme le jeune enfant trisomique accède à la garderie et à l'école du quartier, il paraît logique que la personne trisomique âgée puisse entrer dans la RPA de son quartier.

Il faut cependant être prudent quant à la généralisation de cette solution. Ces personnes vieillissantes appartiennent à une génération qui n'a pas comme celles d'aujourd'hui, connue l'insertion sociale dès leur petite enfance. Elles ont peut-être même connu l'exclusion et les tabous liés à la déficience intellectuelle. La plupart ont vécu toute leur vie entre le domicile des parents et les centres de réadaptations, les foyers, les centres de travail adaptés... On peut alors se demander s'il est pertinent de leur proposer comme première expérience d'intégration à la société, la maison d'accueil pour personnes âgées du quartier ?

De plus, est-ce à la personne handicapée vieillissante de s'adapter à de nouveaux lieux de vie? Ceux-ci par ailleurs ne sont souvent pas réellement adaptés non plus. Ne serait-ce pas à l'environnement de s'adapter à ses nouvelles limites ? Cependant est-ce réellement envisageable ? La solution est-elle la création de structures pensées pour ces personnes ? La question du déracinement resterait alors présente.

Il est encourageant que la question du vieillissement spécifique des personnes handicapées et les réponses apportées, soient débattues. Envisager la personne handicapée comme posant des problèmes du fait de son avancé en âge, c'est reconnaître sa place comme sujet à part entière de la société. Se soucier des nouvelles dépendances liées à leur vieillissement, c'est finalement lui reconnaître une autonomie. C'est réjouissant car il s'agit de « problème de vie ». Cela montre bien que la personne handicapée vieillissante reste la personne d'une histoire originale, une personne en devenir, une personne « vivante ». Cela marque un progrès dans les représentations collectives du sujet handicapé.

Personnes âgées, handicapées, malades, etc., indépendamment des considérations économiques ou fonctionnelles, chacun à une place. Penser la vieillesse et le handicap conduit donc à s'extraire des représentations péjoratives et à se tourner vers ce qui est commun à tous les hommes : l'égalité.

# CONCLUSION

En premier lieu, nous avons mis en évidence dans une partie théorique, l'existence de traits communs d'affections psychomotrices chez les personnes âgées en générale. Nous avons vu que ces différentes difficultés étaient transposables au vieillissement des personnes déficientes mentales. La pluralité des facteurs influençant le vieillissement correspond au trépied souvent rencontré en psychomotricité, entre facteurs neurologiques, environnementaux et psychologiques. L'association de troubles fonctionnels, cognitifs et émotionnels qui affectent l'aisance du sujet sur les plans posturaux et locomoteurs, justifie l'intervention du psychomotricien qui intègre ces différents aspects au sein d'une même profession. Le peu de recommandations dans les textes sur l'intervention psychomotrice auprès de ce type de personnes m'a donc quelque peu déroutée. Je ne peux me l'expliquer que par la méconnaissance de ce métier au sein de la littérature.

Dans un second temps, dans une partie plus clinique, nous avons pu discerner en pratique, qu'elles étaient les difficultés rencontrées par trois résidents trisomiques vieillissants du foyer où je suis en stage. Nous avons pu confronter leurs expériences avec la théorie et observer l'intérêt d'un accompagnement en psychomotricité. Les résultats obtenus suite à la mise en place d'un atelier en psychomotricité spécifiquement dédié à l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes, sont encourageants. Ils montrent qu'une intervention auprès de personnes trisomiques vieillissantes, peut porter des fruits en dépit de l'altération des capacités due au vieillissement. Passé un certain âge, même si l'amélioration des compétences paraît compliquée, un travail en psychomotricité, permet aux personnes trisomiques âgées de prendre conscience des ressources qui leur sont préservées. Une intervention en psychomotricité les aide à poursuivre leur vie avec un vécu corporel de qualité satisfaisante.

Enfin, dans une dernière partie, nous avons pu voir l'intérêt du travail de collaboration du psychomotricien avec les équipes de terrain. Nous avons vu aussi que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissante était en pleine émergence.

Le psychomotricien dispose donc de compétences tout à fait intéressantes pour la prise en charge plurielle que nécessite la personne trisomique vieillissante. Tout d'abord, sa connaissance des mécanismes posturaux lui permet d'intervenir autour des troubles de l'équilibre. Egalement il est capable de prendre en compte et comprendre des mécanismes perceptifs, cognitifs, affectifs et psychologiques qui influencent le vieillissement et ses manifestations motrices. Celles-ci en effet ne peuvent être réduites à une altération de l'appareil locomoteur. La prise en soins en psychomotricité, des personnes trisomiques avançant en âge et plus généralement des personnes présentant une déficience mentale paraît donc pertinente.

# ANNEXES

## Annexe 1 :

EVALUATION PSYCHOMOTRICE DU SUJET AGE		
ITEMS	CONTENU DE L'ITEM	COTATIONS
<b>1 CP 1</b>	<i>Assis, se laisse glisser en avant</i>	0
	Ne peut plus se lever seul du fauteuil, pieds en avant	0
	<i>Se lève dos droit en s'accrochant - déséquilibre arrière</i>	0
	Repousse les accoudoirs pour se lever du fauteuil sans se pencher	1
	Se lève en se penchant en avant, les pieds reculés	2
	Se lève sans appui, les pieds reculés	6
<b>2 CP 2</b>	<i>S'assied en se laissant tomber</i>	0
	Se penche en s'asseyant et prend appui	3
<b>3 CT 1</b>	<i>Ne tient pas debout 10 secondes sans appui</i>	0
	Tient debout sans appui 10 secondes, yeux ouverts	1
	Tient debout sans appui 10 secondes, yeux fermés	2
<b>4 CT 2</b>	<i>Aucune résistance à la poussée Yeux Ouverts</i>	0
	Résistance à la poussée Y-O: AVT, DRT, GCH, ARR	4
<b>5 CP 3</b>	<i>Debout, sans appui, ne peut se retourner pour regarder sa chaise</i>	0
	Debout, se retourne avec déplacements des pieds	1
	Retournement debout en dissociant tête/tronc sans déplacements des pieds	3
	Retournement possible vers la droite et gauche (entourer les possibilités)	D - G
<b>6 CT 3</b>	Plie ses genoux pour s'accroupir à demi et se redresse avec appui	1
	Plie ses genoux pour s'accroupir à demi et se redresse sans appui	3
<b>7 CT4</b>	Monte sur la pointe des pieds avec appui	1
	Monte sur la pointe des pieds sans appui	3
<b>8 CT 5</b>	Tient 5 secondes sur un pied avec appui	1
<b>9 CP 4</b>	<i>Ne peut plus se pencher pour ramasser un objet</i>	0
	Ramasse un objet à 30 cm du sol	1
	Ramasse un objet à 10 cm du sol	2
	Ramasse un stylo au sol	4
<b>10 CO 1</b>	Ne marche plus	0
	<i>Recherche des appuis fixes pour se déplacer</i>	1
	Marche au rolator	1
	Marche avec une canne simple/tripode	3
	Marche sans aide technique	5
<b>11 CO 2</b>	<i>Déséquilibre postérieur dans la marche</i>	0
<b>12 CT 6</b>	Diminution du temps d'appui uni-podal (piétinement)	0
<b>13 CO 3</b>	Posture figée dans la marche, membres enraidis	0
	Bonne coordination des quatre membres dans la marche	3



<b>14 CP 5</b>	Perd l'équilibre dans le demi-tour	0
	<i>En tournant visse les pieds au sol en s'appuyant sur les talons</i>	0
	Dans le demi-tour piétine	1
	Dans le demi-tour marche	3
<b>15 CT 7</b>	<i>Perd l'équilibre en reculant</i>	0
	Marche à reculons avec appui	1
	Marche à reculons sans appui	3
<b>16 CT 8</b>	Ne peut pas marcher les yeux fermés sur 3 mètres	0
	Marche les yeux fermés sur 3 mètres	3
<b>17 CO 4</b>	<i>Suppression du périmètre de marche</i>	0
	Périmètre de marche moins de 10 mètres	2
	Périmètre de marche entre 10 et 50 mètres	4
	Périmètre de marche de plus de 50 mètres	6
	Sort de chez lui	8
<b>18 CO 5</b>	Ne monte plus une marche ou un trottoir et n'utilise plus les escaliers	0
	Utilise les escaliers avec une rampe et une aide humaine	2
	Utilise les escaliers seul avec une rampe	4
	Utilise les escaliers seul sans se tenir à la rampe	6
<b>19 CP 6</b>	Apprentissage du relevé impossible ou refusé	0
	<i>Pas de retournement de plat dos à la position de côté</i>	0
	Retournement de plat dos au côté possible	+3
	Passage de la position de côté à quatre pattes	+6
	Passage de quatre pattes à genou avec une chaise	+4
	Passage de genou à debout avec une chaise	+3
<b>20 CT 9</b>	Ne peut lancer un ballon à 3 mètres debout sans appui	0
	Debout sans appui lance un ballon à plus de 3 mètres	2
<b>21CT 10</b>	Ne peut réceptionner un ballon à 3 mètres debout sans appui	0
	Debout sans appui réceptionne un ballon à plus de 3 mètres	1
<b>22 CP 7</b>	Ne peut pas enjamber un obstacle de 10 cm avec appui	0
	Ne peut pas enjamber 10 cm sans appui	0
	Enjambe un obstacle de 10 cm avec appui	2
	Enjambe un obstacle de 10 cm sans appui	5
<b>23CT 11</b>	<i>Aucun relâchement volontaire possible</i>	0
	Relâchement volontaire des bras lors d'une mobilisation	+1
	Relâchement volontaire des jambes lors d'une mobilisation	+3
	Peut inspirer par le nez et souffler par la bouche	+2
<b>24CT 12</b>	<i>Pas de réaction d'adaptation posturale debout</i>	0
	Réaction d'adaptation posturale debout	3
Total Contrôle Postural (CP)		/40
Total Contrôle Tonique (CT)		/35
Total Coordination dynamiques générale (CO)		/25
<b>TOTAL Général</b>		<b>/100</b>

# BIBLIOGRAPHIE

ANCET Pierre. Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée. Collection ACTION SOCIALE, Vieillesse et Handicap. Edition DUNOD 2010.

ALBARET Jean-Michel et AUBERT Éric. Vieillesse et Psychomotricité. Collection PSYCHOMOTRICITE. Edition SOLAL 2001.

AUBOIRON Marianson. *Etre, recevoir, agir, partager*. La psychomotricité auprès d'adultes souffrants de psychoses infantile vieillesse. Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien. Juin 2006.

AZEMA Bernard et MARTINEZ Nathalie. Les Personnes Handicapées Vieillissantes : Espérances de vie et de santé - Qualité de vie. Une revue de la littérature, Revue française des affaires sociales 2005/2 - n° 2 pages 295 à 333

BALLOUARD Christian. L'aide-mémoire de la psychomotricité. 2<sup>ème</sup> édition DUNOD 2011.

BILLE Michel. GALLOPIN Christian, POLARD José. Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse. Collection L'âge et la vie : Prendre soin des personnes âgées... et des autres. Editions ERES 2012

BLANC Paul. Sénateur des Pyrénées-Orientales Rapport : « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ».

BREITENBACH Nancy. Une saison de plus, handicaps et vieillissements. Editions Desclée de Brouwer 1999.

CYMES Michel. Conférence : Comment bien vieillir ? Le 13 mars 2014 au Théâtre le Fémina à Bordeaux.

CARR Janet. Families of 30–35-Year Olds with Down's Syndrome. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2005.

CYRULNICK Boris. Penser le temps pour lire la vieillesse, Edition Presses Universitaires de France 2006.

DALLA PIAZZA Serge. Handicap Congénital et Vieillesse. Collection Questions de personnes. Edition De Boeck 2005.

- DETAMBEL Régine. Le Syndrome de la Diogène. Eloge de la vieillesse. Actes Sud 2008.
- FEILLET Raymonde. Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi. Collection Pratiques gérontologiques. Editions ERES 2012.
- GUTTON Jean-Pierre. Naissance du vieillard. Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France. Aubier Montaigne 1988.
- HERFRAY Charlotte. La vieillesse en analyse. Collection Hypothèses. Éditions ERES 2007.
- HODAPP R.M., EVANS D.W. et GRAY F.L. Intellectual development in children with Down syndrome: A review of current knowledge, 124-132. Whurr Publishers. Londres 1999.
- JEANNE Yves. Vieillir handicapé. Collection Connaissance de la diversité. Edition ERES 2011.
- JOLY Fabien et LABES Geneviève. Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité. Editions Papyrus 2008.
- JUHEL Jean-Charles. La personne ayant une déficience intellectuelle. *Découvrir, comprendre, intervenir*. PUL et Chronique sociale 2012.
- JUHEL Jean-Charles. La psychomotricité au service de la personne âgée. *Réfléchir, agir et mieux vivre*. PUL et Chronique sociale 2010.
- MAGNE Laurence. Les répercussions du vieillissement sur l'investissement de l'espace. Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien. Juin 2009.
- MAKDESSI Yara et MORDIER Bénédicte, 2013, « Les établissements et services pour adultes handicapés - Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, Série Statistiques, n° 180, DRESS, mai.
- MESSY Jacques. La personne âgée n'existe pas. Edition Payot & Rivages 2002.
- MORMICHE Pierre et ANKRI Joël. Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête Handicaps – Incapacités – Dépendance (HID). OBSERVER LA DÉPENDANCE. Dossier Vieillissement et dépendance.
- OLIEVENSTEIN Claude. Naissance de la vieillesse. Edition Odile Jacob, Paris 1999.
- PANNETIER Evelyne, La déficience intellectuelle. Comprendre et intervenir, Québec, Edition MultiMondes, 2009.

PERSONNE Michel. Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements. Pratiques gérontologiques. Edition ERES 2011.

POTEL Catherine. Etre Psychomotricien. Collection «Trames». 2<sup>ème</sup> Edition. ERES 2013.

POTEL Catherine. Psychomotricité : Entre théorie et pratique. 3<sup>ème</sup> édition. Collection Psycho. Edition IN PRESS 2010.

POUFFARIN Marie. « *Rencontrons-nous* » Le groupe en psychomotricité comme approche de la personne âgée. Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien. Juin 2006

SHAMLIAN Nathalie. « Quand la mémoire s'en va ». Université de Montréal, FORUM, édition du 31 janvier 2005 / volume 39, numéro 19.

TALPIN Jean-Marc. Psychologie du vieillissement normal et pathologique. Collection CURSUS Psychologie. Edition Armand Colin 2013.

ZRIBI Gérard. Le vieillissement des personnes handicapées mentales. 3<sup>ème</sup> édition. PRESSES de l'EHESP 2012.

#### ACCOMPAGNER LE PARCOURS DE LA PERONNE HANDICAPÉE

Quels projets de vie pour répondre aux effets du vieillissement ?

9<sup>èmes</sup> journées nationales des services pour les adultes handicapés.

Les 23 & 24 janvier 2014 au palais des Congrès d'Arcachon.

Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Octobre 2010 Dossier technique restituant les travaux qui se sont tenus sous forme de quatre ateliers d'échanges de pratiques organisés par la CNSA du 13 novembre 2009 au 4 février 2010

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>1</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>2</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>PREMIERE PARTIE THEORIQUE : Le vieillissement des personnes trisomiques</b> .....	<b>6</b>
<b>I. Le vieillissement</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Proposition de définition</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Données épidémiologiques</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Les différentes représentations de la vieillesse et du vieillissement</b> .....	<b>9</b>
Petit historique .....	9
Nos représentations actuelles .....	11
<b>4. Les manifestations du vieillissement et l'intérêt de la psychomotricité</b> .....	<b>13</b>
a. Les manifestations physiques du vieillissement .....	13
b. Les répercussions du vieillissement sur les systèmes sensoriels.....	14
Tact.....	14
Vision.....	15
Audition.....	15
Goût et olfaction .....	15
Proprioception .....	16
c. Les répercussions du vieillissement sur la motricité globale.....	16
L'appareil locomoteur .....	16
L'équilibre.....	17
d. Les répercussions cognitives du vieillissement.....	18
Mémoire .....	18
Attention .....	19
Fonctions exécutives.....	19
e. Les répercussions psycho-affectives du vieillissement.....	19
<b>5. En résumé</b> .....	<b>21</b>

<b>II. La personne handicapée vieillissante: Le cas de la trisomie 21</b> .....	22
<b>A. Le handicap mental</b> .....	22
1. Données épidémiologiques .....	22
2. Proposition de définition .....	23
3. Evolution des représentations du handicap mental.....	24
4. Vieillissement et handicap.....	25
5. La personne handicapée mentale vieillissante.....	26
<b>B. Le syndrome de down</b> .....	28
1. Généralités.....	28
2. Données épidémiologique.....	29
3. La place de la personne trisomique dans notre société .....	29
4. Le vieillissement spécifique de la personne trisomique .....	30
Sur le plan physique.....	31
Sur le plan affectif et social .....	32
Sur le plan cognitif: la maladie d'Alzheimer.....	32
5. La psychomotricité au service de la personne trisomique vieillissante .....	33

## DEUXIEME PARTIE CLINIQUE :

### L'accompagnement en psychomotricité de personnes trisomiques Vieillissantes... 35

<b>I. Présentation du foyer occupationnel</b> .....	36
<b>II. Le projet d'accompagnement en psychomotricité</b> .....	38
<b>III. L'accompagnement</b> .....	39
<b>A. Maïté</b> .....	39
Présentation.....	39
Rencontre.....	40
Observations cliniques.....	40
Conclusions .....	45
<b>B. Jean</b> .....	47
Présentation.....	47
Observations cliniques.....	48
Conclusions .....	52
<b>IV. L'atelier de prévention</b> .....	53
<b>1. Elaboration du projet</b> .....	53
Réflexions préalables .....	53
Public.....	53
Objectifs généraux.....	54

<b>2.</b>	<b>Mise en place de l'atelier</b> .....	<b>54</b>
A.	Didier .....	55
	Présentation .....	55
	Objectifs individuels .....	56
	Evolution .....	56
	Conclusion .....	59
B.	Jean .....	59
	Objectifs individuels .....	59
	Transition .....	60
	Evolution .....	60
	Conclusion .....	61
<b>3.</b>	<b>Bilan de l'atelier</b> .....	<b>62</b>
 <b>TROISIEME PARTIE : Discussion</b> .....		<b>63</b>
<b>I.</b>	<b>Bilan et Analyse de ma pratique</b> .....	<b>64</b>
<b>II.</b>	<b>Quelques réflexions</b> .....	<b>66</b>
 <b>Conclusion</b> .....		<b>68</b>
 <b>Annexes</b> .....		<b>70</b>
<b>Bibliographie</b> .....		<b>72</b>