

## **Rééducation psychomotrice et handicap mental**

B. COUSTÉS<sup>1</sup>

### **Présentation de la population d'un institut recevant des personnes handicapées mentales**

Le principal handicap chez nos pensionnaires est d'**ordre intellectuel** et les importants déficits observés ont longtemps été considérés comme les conséquences de ce processus idéique largement perturbé et de ce fait négligés en tant que cible d'intervention thérapeutique, ce qui nous amenait à faire un travail global sur la personne et, quand il y avait résultats, ce n'étaient pas ceux escomptés.

Actuellement, pour réadapter ces conduites déficitaires, il faut repenser les actions thérapeutiques globales par des actions thérapeutiques ciblées, plus concrètes, plus pragmatiques.

Ce qui également est immédiatement observable dans une institution accueillant des personnes handicapées mentales **c'est l'hétérogénéité de la population**.

Cette hétérogénéité est liée aux différents troubles associés, touchant la sphère motrice, sensorielle, comportementale, les niveaux de cognition et de compréhension.

La résultante de ces handicaps touche l'autonomie de ces personnes et leurs compétences à une adaptation sociale.

Le premier problème du psychomotricien, dans une telle institution se situe bien souvent au niveau du choix des personnes qu'il devra prendre en charge et, bien souvent, sa réponse est élitiste.

### **Inconvénients du bilan psychomoteur chez les personnes handicapées mentales**

Les batteries de tests psychométriques que nous utilisons répondent à quatre critères qui sont :

- *la standardisation* : on compare le sujet à une population d'étalonnage ;
- *la validité* : mesurer effectivement ce que le test est censé mesurer ;
- *la fiabilité* doit donner la même mesure dans des temps différents (test-retest) et avec des personnes différentes (différents correcteurs) ;

1. Psychomotricien. Institut médico-éducatif Léon Débat-Ponsan 106, avenue Louis-Pasteur, BP 307, 31605 Muret Cedex.

— *la sensibilité* doit donner des valeurs discriminatives entre différents sujets et entre les différents niveaux de développement chez un même individu.

■ **Le premier problème**, c'est que nous avons vu que des différents troubles associés naissait l'hétérogénéité de la population, celle-ci entraîne d'importantes **variations interpersonnelles** qui ont pour conséquences un étalonnage impossible au sein de la population elle-même. D'un autre côté, il serait illusoire de comparer les niveaux de réponses des personnes handicapées mentales à une échelle qui ne serait pas adaptée à une population qui a une expérience de vie plus longue, à réponse identique, d'une population normale.

Par ailleurs, nous pouvons observer de nombreuses **variations intrapersonnelles** qui définissent une dysharmonie d'évolution, c'est-à-dire une non-chronologie dans les acquisitions des personnes, ce qui nous interdit toute prospective, tant sur l'étendue des acquisitions, si on ne les a pas évaluées, que sur les progrès escomptés.

■ **Le deuxième problème** à la passation d'un bilan, c'est le niveau de compréhension, souvent trop bas pour répondre aux minimums requis pour les épreuves. L'évaluation aboutit ainsi à la construction de tableaux très largement déficitaires qui vont énumérer les déficits, donnant l'importance du retard, mais ce sera un constat inutile pour élaborer un projet thérapeutique approprié à la personne.

■ **Un troisième problème** est la non-flexibilité des apprentissages.

En effet, les réponses sont tributaires des lieux, des situations, des états momentanés de la personne, ce qui entraîne une impossibilité d'extrapolation des réponses à de nouvelles situations. Ce phénomène explique les fluctuations observées dans les comportements, et entraîne les difficultés de généralisation, c'est-à-dire la non-utilisation des expériences antérieures pour résoudre de nouveaux problèmes : il n'y a pas eu intériorisation de l'action et capacité de décentration ; la personne a du mal à se dégager des données perceptives, il y a donc manque dans le recueil cognitif ; d'où difficulté à développer des comportements adaptatifs à une situation donnée.

En conséquence, nous ne pourrions pas en rééducation nous baser sur une croyance en un autodynamisme qu'il suffirait de réveiller ; et, face à un tableau mettant l'accent sur des déficits, constat de peu d'intérêt et inutilisable, il sera plus pragmatique de définir compétence et comportement dans des contextes précis.

### ***Principes d'une évaluation psychomotrice des personnes handicapées mentales***

■ **Notre première règle** sera de respecter l'hétérogénéité de la personne et donc de ne pas la comparer à une population, de ne pas chercher à la faire rentrer dans une échelle. Pour respecter le principe d'évaluation, nous allons la comparer à elle-même, et ainsi définir une évaluation du niveau de développement de la personne. Ce sera donc un critère d'évolution.

La personne est évaluée en fonction d'un objectif particulier, dans une situation et un lieu donné et elle sera comparée à elle-même, en fonction de sa propre évolution, et non plus d'une population. On mesurera donc ici des variations intrapersonnelles plutôt que des variations interpersonnelles.

■ **Le deuxième principe** est qu'on ne s'appuie plus sur un minimum intellectuel requis pour des consignes abstraites : il n'y a pas de consignes, mais des situations concrètes de la vie pratique, donc répétitives, où l'on évalue la façon de répondre que possède la personne, ce qui nous permettra également d'évaluer l'apport de notre action. Cette évaluation est soumise aux observations précises des comportements ciblés.

La souplesse de l'observation nous permettra de mettre en relief les réponses en émergences, c'est-à-dire les réponses qui montrent que la personne possède une notion de ce qu'on lui demande, mais ne possède pas les compétences requises pour y répondre, ou alors n'a pas compris : c'est cette mise en évidence des comportements en émergences qui va nous guider :

- pour élaborer notre projet thérapeutique ;
- mais également tout au long de notre action.

■ **Le troisième principe** qui était le problème d'extrapolation de lieux, de situation, n'a plus cours dans ce cas puisqu'on se retrouve en situation concrète.

### **Critères de l'évaluation**

L'observation, comme moyen d'évaluation, doit répondre à trois critères pour garder la rigueur qu'on est en droit d'attendre d'une évaluation.

#### **1<sup>er</sup> critère : mesurabilité des conduites observables**

On entend par là que la conduite ciblée, comme terrain de notre action, sera présentée en termes quantifiables :

- soit sous forme de **fréquence**, on aura donc un résultat en points par rapport à un temps donné ;
- soit sous forme de **durée**, on aura ainsi un résultat de début et de fin de la conduite observée ;
- soit sous forme de **intensité**, on aura ainsi un résultat représentant la modulation du comportement.

Ces résultats seront présentés sous la forme de tableaux, on en choisira les axes pour une représentation claire et rapide par exemple une répartition horaire d'un comportement pour mieux définir nos moments d'intervention.

Dans cet exemple (*premier cas*) : il s'agissait d'une personne qui se présentait le visage en permanence barbouillé de salive, de reliquats de nourriture, de mucosités.

Ce comportement, on le comprend bien, est un handicap pour le moins sérieux pour établir des liens sociaux. Pourtant, sa demande d'affection est grande.

Notre action doit donc se porter sur le comportement handicapant, et non sur la personne.

Une première observation permet de déterminer les différentes intensités du comportement et leurs répartitions selon les moments de la journée.

L'objectif de notre action est de diminuer les conséquences de ce comportement jusqu'à un niveau socialement admis pour permettre des échanges.

La retranscription de nos observations sur un tableau doit donc révéler ces deux composantes :

- la répartition des fréquences dans la journée ;
- la mesure de notre action.

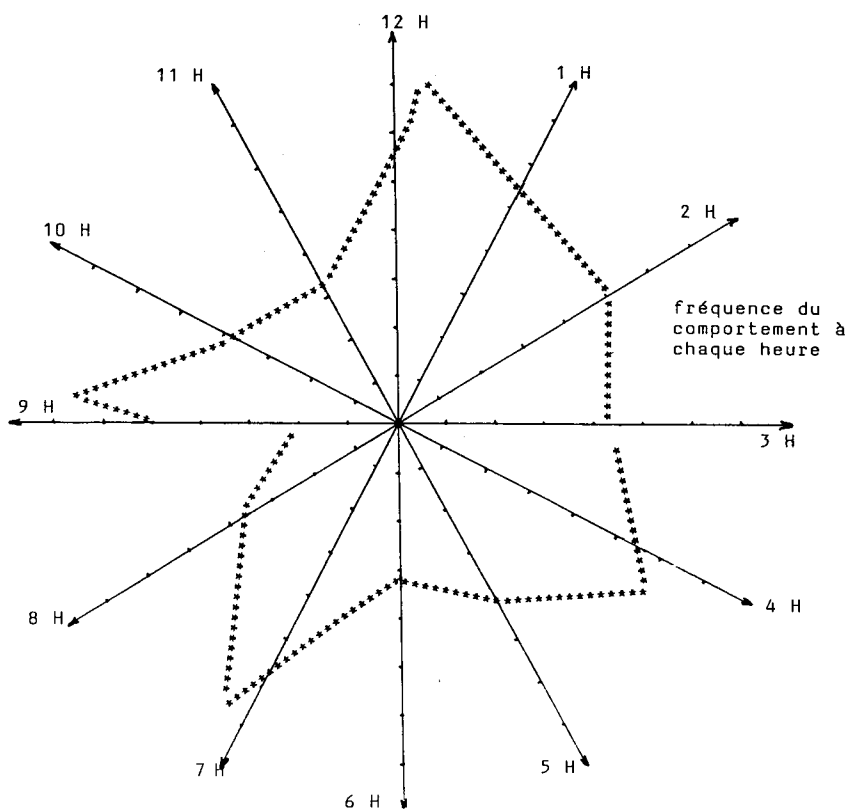


Fig. 1. — Répartition du comportement selon les heures de la journée.

Ce tableau fait apparaître quatre pics, juste après les repas du matin, du midi, du goûter et du soir.

Ces pics sont représentatifs d'une intensité et d'une fréquence d'apparition.

Un tableau figurant une représentation horaire répondra clairement à ces données (fig. 1).

L'intensité se définit selon le comportement lui-même. Par ordre décroissant :

n° 1 : se met les deux mains dans la bouche et se badigeonne le visage ;

n° 2 : se lèche les index et se frotte les mains ;

n° 3 : se frotte les mains sans se lécher.

La fréquence est portée sur chaque axe pour chaque intensité (fig. 2).

Notre action se portera sur les comportements (fig. 3) qui nécessitent une intervention prioritaire, en fonction des objectifs visés, c'est-à-dire, dans un premier temps juste après les repas.

Intervention limitée dans le temps aux sommets de la courbe.

On propose en même temps une activité à la personne : débarrasser la table de la salle à manger, avec l'aide de l'adulte. Pendant tout ce temps, le

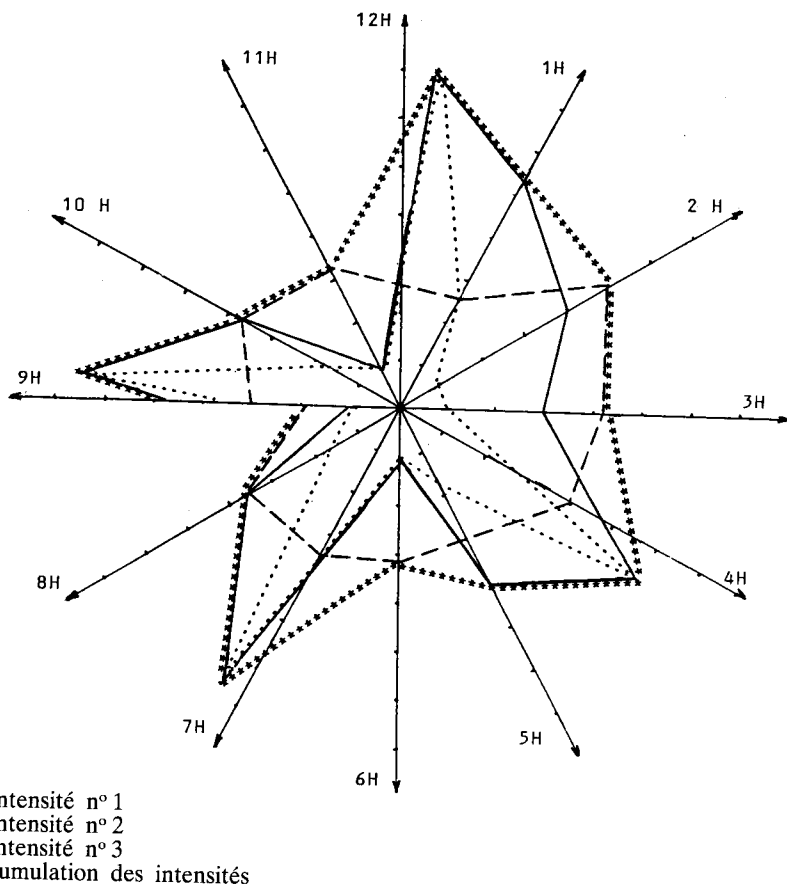


Fig. 2. — Répartition des différentes intensités selon les heures de la journée. La cumulation des courbes répond du comportement en son entier.

comportement n'apparaît pas : il subsiste cependant, avec une intensité moindre, dans les autres moments de la journée.

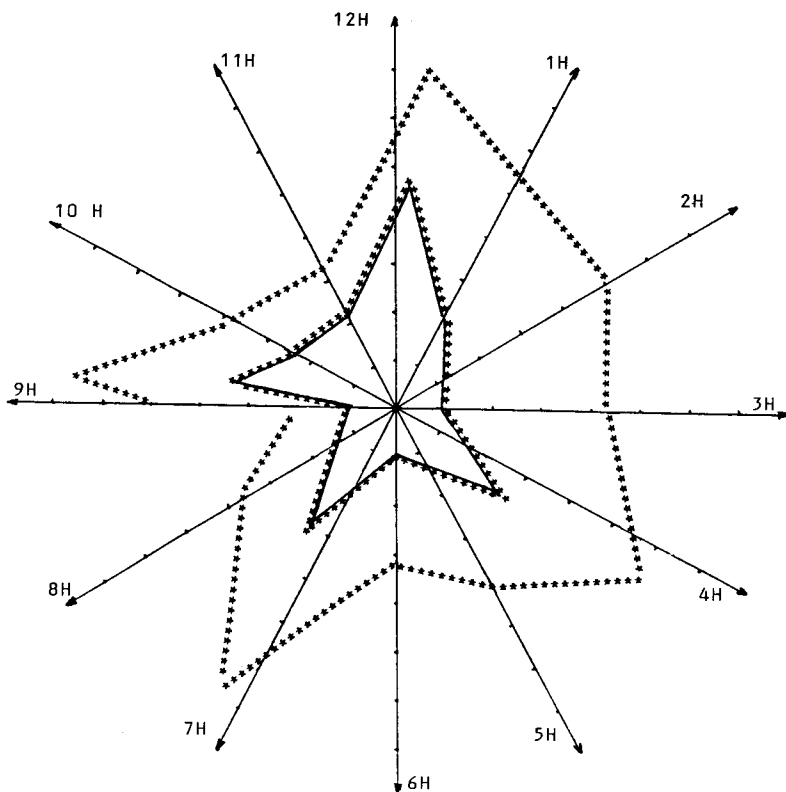
Dans un deuxième temps, on cherche à faire disparaître l'intensité n° 2 où il se lèche les index. A ce moment-là, on lui lave les mains, on le félicite quand il est propre et sec, il est câliné, et ainsi il participe plus facilement aux activités du groupe.

Ici les bénéfices sont immédiats :

- d'une part, il est propre et cet état est associé aux câlins de l'adulte ;
- d'autre part, son temps est occupé par des activités sociales gratifiantes pour lui.

Le comportement général se limite à se frotter les mains, ceci avec une fréquence moins élevée.

Ce comportement n'est pas incompatible avec des acquisitions sociales.



\*\*\*\* avant intervention

\*\*\*\* 2 mois après la mise en place du programme de travail.

Fig. 3. — Évolution du comportement.

La superposition des courbes avant et après interventions témoigne des changements effectués.

## 2° critère : utilisation des données

Les données de l'observation doivent permettre la mise en place de notre projet thérapeutique, c'est-à-dire notre façon d'intervenir, notre lieu d'intervention et les objectifs que l'on se fixe à court terme ou à long terme.

Ainsi, les conduites observées seront traduites en termes de psychomotricité, tels que coordination oculomotrice, tonus, orientation de l'espace, séquences temporelles, si la conduite observée est par exemple une alimentation autonome avec les couverts.

Cette analyse psychomotrice de la conduite observée permettra d'utiliser plus facilement les réponses en émergences et donc de situer les objectifs à court terme.

Cela entend que, selon l'objectif visé, sera approprié un ou plusieurs groupes d'observation selon le thème de l'objectif. Si par exemple l'objectif visé par le psychomotricien est un travail sur les coordinations, les observations porteront sur différentes conduites de la personne, que ce soit faire son lit, s'habiller, faire sa toilette, mettre la table, jouer... Toutes ces observations seront analysées en terme de coordination et permettront la mise en place d'un travail sur ce thème. Ce travail sera abordé au cours de tous les comportements de la personne.

Si par exemple l'observation révèle que l'autonomie à l'habillage se trouve diminuée par un défaut de préhension, la préhension sera examinée dans le plus grand nombre de comportement de la personne. On pourra ainsi en déduire le niveau de connaissance d'une part et le niveau d'utilisation d'autre part.

Dans cet exemple, la personne utilisait différentes pinces : distales, palmaires, interdigitales, poinçonnement, mais ne les adaptait pas aux situations : par exemple, pour enfiler un pantalon, elle pouvait le tenir entre index et majeur et avait donc moins de force qu'entre pouce et index, ce qui avait pour conséquence l'arrêt du comportement, ne pouvant pas l'enfiler jusqu'à la taille.

Ici, le travail du psychomotricien consistait à multiplier les situations de la vie pratique, où seules les pinces adaptées s'avéraient utilisables pour le sujet, dans des situations où la motivation tenait lieu de renforcement ; et ce n'est que par la multiplication de ces situations, dans la vie pratique, que l'utilisation des pinces adaptées a pu se mettre en place.

### 3° critère : fiabilité

La fiabilité, troisième critère de l'évaluation, se vérifie dans la multiplication des observations et leur remesurabilité.

Cette multiplication des observations s'opère dans des situations ciblées, elle se fait avec des variations dans le temps, pour mesurer l'évolution du comportement de la personne : elle se fait surtout par des personnes différentes, ce qui permet d'objectiver l'évaluation. De ce fait les re-mesures sont constamment actualisées dans notre pratique par le fait de la notation, sous forme de tableaux, sur lesquels les intervenants auprès des pensionnaires reportent chaque fois leur observation.

Ce principe s'illustre par l'exemple suivant (*deuxième cas*) : dans l'objectif du groupe, faire son lit est une acquisition qui permet une plus grande autonomie de la personne. L'action — *faire son lit* — est étudiée dans son ensemble et organisée en différentes séquences permettant d'évaluer les acquisitions de la personne.

Ces séquences sont organisées en fonction de la chronologie des difficultés d'une part, et en fonction des possibilités de participation d'autre part. Par ordre croissant, on a ainsi déterminé trois phases :

— *la première* : faire son lit est une action de l'adulte à laquelle l'enfant assiste, elle comprend 05 degrés d'évolution ;

— *la seconde* : faire son lit est une action de l'adulte à laquelle l'enfant participe activement, elle comprend 16 degrés d'évolution ;

— *la troisième* : faire son lit est une action de l'enfant et elle comprend 03 degrés d'évolution.

Dans cet exemple, le tableau d'évolution (fig. 4) se présente sous forme d'acquisition des différents degrés d'évolution : le degré antérieur étant acquis avant de passer à un nouveau degré.

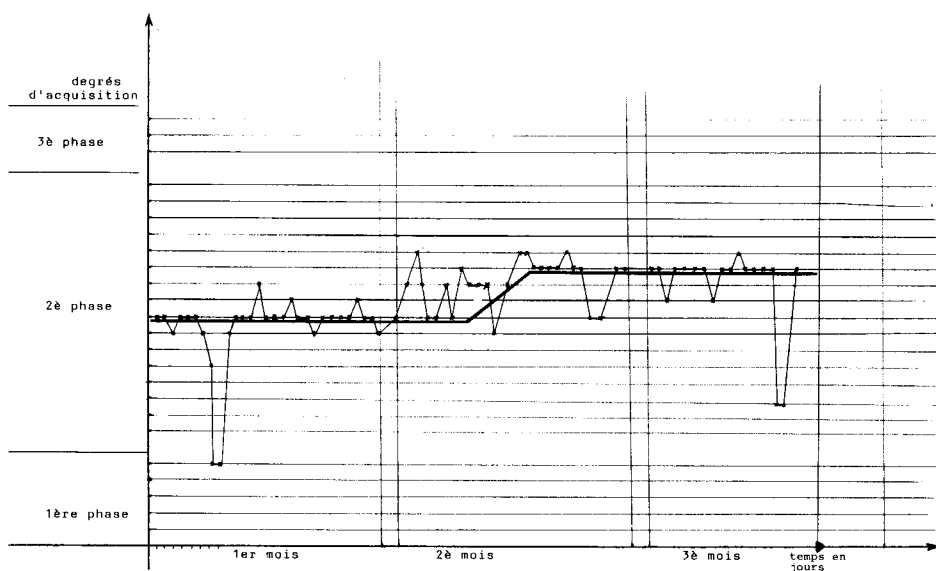


Fig. 4. — Courbe d'évolution de l'action « faire son lit ».

Ainsi, la courbe d'acquisition de l'action — faire son lit — se dessine au fur et à mesure de l'évolution de la personne.

Certaines variations ponctuelles vers le bas sont le reflet de l'état momentané de la personne et, de ce fait, négligées dans la courbe générale.

En revanche, quand cette variation se trouve vers le haut, elle prouve un comportement en émergence qui nous permet d'espérer un accroissement des résultats de la personne. Ces réponses deviennent plus nombreuses du fait que l'adulte sait qu'il peut avoir une demande plus importante. On assiste à une évolution en escalier précédée d'une période en dents de scie.

L'intérêt de cette présentation du tableau au niveau éducatif réside dans la demande constante et identique de la part des adultes qui travaillent avec ces enfants : même demande dans la même situation, quel que soit l'adulte. Aussi les exigences sont clairement définies pour l'enfant.

C'est le même type de tableau qui est mis en place pour de nombreuses acquisitions d'autonomie telles que : l'habillage, la toilette, la propreté, l'alimentation autonome.

### **Avantages de cette forme d'évaluation**

Au sein d'une équipe, ils sont de plusieurs ordres :

— **consensus thérapeutiques** : tous les intervenants auprès des pensionnaires se retrouvent sur une même orientation de travail, avec un « langage » commun, tant sur l'objectif visé que sur les moyens d'y parvenir tout en préservant leur propre qualité relationnelle avec la personne qu'ils ont en charge. Ce consensus qui unit l'équipe est une base appréciable pour la personne handicapée mentale



qui se retrouve ainsi dans une situation stable des demandes qui lui sont proposées ;

– **objectivation thérapeutique** : le consensus ne peut avoir de valeur que s'il est objectivé. C'est là un des rôles essentiels des tableaux de l'observation : éviter tout critère subjectif non mesurable, mais aussi rôle de mémoire ;

– **continuité thérapeutique** : cette notion fait référence au mode de fonctionnement de nos institutions, où les adultes peuvent changer d'équipes, où les pensionnaires peuvent changer de groupe, où le nombre d'intervenants peut se multiplier. Le tableau, mémoire de l'évolution, permet de retracer l'histoire de la personne, les efforts qu'elle a pu réaliser et qui la place en tant qu'acteur responsable de son évolution.

### **Détermination des objectifs d'intervention**

Ceux-ci se situent en objectifs :

– **À long terme**, qui auront pour visée une intégration sociale : interne à l'établissement ou externe (dans le milieu familial).

On voit déjà que les exigences ne peuvent être les mêmes : tel comportement peut être admis dans l'institution, mais socialement inadmissible à l'extérieur (exemple : alimentation autonome) car encore trop éloigné de la norme socialement admise ;

– **À court terme**, qui auront pour visée des acquisitions sociales, immédiatement utilisables dans la vie quotidienne de la personne, dans des situations ponctuelles et ciblées.

Ces objectifs sont définis par les réponses en émergences révélées par l'évaluation et notre thérapie sera soutenue par la traduction psychomotrice des données de l'évaluation.

Dans l'exemple cité de l'activité – *faire son lit* – les différentes réponses étaient traduites en termes d'espace, de coordination, de tonus, d'organisation des séquences. C'est cette traduction qui nous permettra de mettre en place un tableau d'évolution de cette activité et d'avoir une demande adaptée au niveau du développement de la personne.

Un autre exemple, dans l'alimentation autonome d'une personne qui ne pouvait qu'avoir une nourriture suffisamment compacte pour ne pas renverser sa cuillère, la traduction psychomotrice a permis de révéler qu'il s'agissait principalement d'un défaut de coordination dans la pronosupination et la flexion du coude. Une simple modification de l'apprentissage de la tenue de la cuillère a permis d'éliminer la coordination et de se contenter d'une simple flexion. Ce simple apprentissage a eu des répercussions importantes dans les objectifs à long terme : demande des parents à aller au restaurant avec leur fils. En effet, il est important d'accepter la demande des parents qui va dans le sens de l'évolution de la personne.

Dans les objectifs à court terme, il faut également déterminer les critères d'intervention et les ordres de priorité.

### **Critères d'intervention**

■ **Premier critère** : ce sont les comportements dangereux, pour la vie de la personne, caractérisés par une motricité pathologique, à caractère nociceptif, et mettant en cause l'intégrité corporelle de la personne.

C'est par exemple (*troisième cas*) une personne qui se frappe l'oreille jusqu'à avoir des lésions graves, mettant en danger son intégrité corporelle.

L'observation du comportement en son entier a permis de définir les différentes phases.

Avant de se frapper, on observait des mouvements alternatifs, et rapides du bras, le poing fermé, et juste avant cette phase des cillements des yeux.

Avant cette phase, rien ne permettait de déterminer ce qui allait suivre et aucune cause ne semblait déclencher le comportement.

Notre intervention s'est donc située dès le moment où la personne cillait des yeux, de façon à être le plus éloigné du moment où elle se frappait.

Cette intervention devait être rapide, car l'intervalle de temps entre les différentes intensités du comportement était limité.

Cette intervention devait également être limitée dans le temps, selon les moments de la journée et en fonction de la disponibilité de l'adulte.

Le mouvement stoppé était remplacé par des câlins, une verbalisation. Ces stimulations permirent de limiter et d'atténuer le comportement.

Un tableau avec des axes horaires, identique au premier cas cité (v. p. 133 et fig. 1) permet de déterminer le moment d'intervention et, par la suite, de vérifier l'efficacité de notre action.

■ **Deuxième critère** : ce sont les comportements incompatibles à une acquisition spécifique. Notre action sera donc un préalable à tout autre type de travail. C'est l'exemple de la personne qui se barbouille le visage (premier cas, v. p. 133).

■ **Troisième critère** : ce sont les comportements facilement résolus :

- soit en terme de temps ;
- soit en terme de difficultés ;
- soit en terme de disponibilité des adultes.

## **Principes de stratégies**

Les principes de stratégies que nous allons utiliser pour modifier des comportements reposent sur les règles de l'inhibition et de la facilitation.

### **Principe d'inhibition**

C'est celui qui consiste à stopper un comportement qu'on veut voir disparaître (exemple : se frapper l'oreille : troisième cas, v. ci-dessus). Notre action se situera très tôt dans le comportement.

Parallèlement à l'inhibition, on peut définir un principe d'atténuation qui sera utilisé dans certains comportements définis comme incompatibles (exemple : se barbouiller le visage : premier cas, v. p. 133), où dans ce cas, une simple atténuation jusqu'à un niveau socialement acceptable était suffisante pour répondre aux objectifs à long terme, même si cela laisse s'installer un comportement de remplacement qui sera admis et plus tard facilement éliminable.

### **Principe de facilitation**

C'est celui qui peut être immédiatement appliqué à la suite du stop de l'inhibition, de façon à renforcer par une gratification sociale : voix, sourire,

caresse, tout comportement adapté à une situation, ou allant dans le sens de l'objectif déterminé par le projet thérapeutique.

### **Conclusion**

Il est bien entendu que ce type de travail du psychomotricien se situe dans une institution, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La spécificité du psychomotricien permet d'apporter à l'équipe une analyse différente des comportements de la personne, de l'évolution de la personne.

Ainsi, le travail du psychomotricien dans une institution accueillant des personnes handicapées mentales garde deux pôles d'orientation :

- *un travail spécifique en salle*, qui n'a pas été abordé, mais qui est sensiblement le même que celui de nombreux autres psychomotriciens ;

- *un travail d'équipe*, dans le groupe de vie de la personne.

Son travail au niveau de l'équipe est une dynamique extérieure, ponctuelle, mais soutenue dans le temps. Ce n'est pas un simple regard porté, mais des essais de solution proposés et élaborés en commun.

Il est donc important de bien mettre en évidence les progrès notables qui signent notre travail et les efforts des personnes dont on a la charge. Ce besoin de réussite est tout aussi important pour la personne handicapée mentale que pour l'adulte qui l'accompagne, c'est une façon de ne pas se décourager et d'essayer de faire correctement le programme que l'on s'est établi.