

Prévention de la chute chez la personne déficiente intellectuelle vieillissante.

*En quoi l'approche psychomotrice des personnes déficientes
vieillissantes est-elle spécifique ?*

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne

Table des matières

Introduction	- 1 -
Partie théorique	- 2 -
I. La déficience Intellectuelle	- 2 -
1. Définition	- 2 -
A. Déficience intellectuelle	- 2 -
B. Handicap mental et handicap psychique	- 3 -
C. Evolution des classifications.....	- 4 -
2. Généralités.....	- 4 -
A. Étiologies.....	- 4 -
B. Sémiologie.....	- 5 -
C. Comorbidités.....	- 5 -
3. Evolution démographique	- 6 -
II. Vieillesse et déficience intellectuelle	- 6 -
1. Rappels sur le vieillissement.....	- 6 -
A. Différentes formes de vieillissement.....	- 7 -
B. Rappel sur le vieillissement psychomoteur	- 7 -
2. Vieillesse et déficience, évolution des troubles	- 9 -
A. Déficience intellectuelle, un vieillissement particulier ?.....	- 9 -
B. Dynamique du déclin.....	- 11 -
C. Vers un vieillissement différentiel pour chacun	- 12 -
3. Conséquences Psycho-sociales	- 12 -
III. Problématique de la chute chez la personne vieillissante ayant une déficience intellectuelle - 13 -	
1. La chute : cause, facteurs de risques et conséquences	- 13 -
A. Facteurs de risques	- 14 -
B. Causes	- 15 -
C. Conséquences.....	- 15 -
2. Contrôle postural et troubles de l'équilibre	- 15 -
A. Physiologie de l'équilibre	- 15 -
B. Dysfonctionnement du contrôle postural	- 17 -
3. Psychomotricité, déficience et vieillissement.....	- 19 -
A. Prise en charge psychomotrice	- 19 -
B. Spécificité et adaptation de la prise en charge d'adultes vieillissants déficients intellectuels - 21 -	
Partie pratique	- 23 -
I. Présentation de la structure	- 23 -

II.	Une prévention a deux niveaux, présentation des cas cliniques.....	- 24 -
1.	Etude de cas de Mme D.....	- 25 -
	A. Anamnèse	- 25 -
	B. Bilans médicaux	- 26 -
	C. Bilan psychomoteur	- 27 -
	D. Projet thérapeutique.....	- 29 -
2.	Etude de cas de Mr L.....	- 30 -
	A. Anamnèse	- 30 -
	B. Bilan neurologique - 2015.....	- 31 -
	C. Bilan psychomoteur – 2016	- 31 -
	D. Projet thérapeutique.....	- 34 -
III.	Prise en charge	- 34 -
1.	Axes de prise en charge	- 35 -
2.	Séance type.....	- 36 -
3.	Vignettes cliniques.....	- 41 -
	A. Mme D	- 41 -
	B. Mr L.....	- 43 -
IV.	Evolutions et Limites.....	- 44 -
1.	Mme D	- 45 -
2.	Mr L.....	- 45 -
	Discussion.....	- 46 -
I.	Les théories écologiques, intérêts et limites dans la prise en charge de Mme D et Mr L -	47 -
II.	Travail pluridisciplinaire – La réalité du terrain	- 48 -
	Conclusion.....	- 50 -
	Bibliographie.....	- 51 -
	Annexe	- 53 -

Introduction

L'allongement de l'espérance de vie est un phénomène démographique indéniable auquel les personnes déficientes intellectuelles n'échappent pas. Leur espérance de vie a considérablement augmenté au cours des derniers siècles et s'approche aujourd'hui, avec une moyenne de 74 ans, de l'espérance de vie de la population générale (Bittles, et al., 2002).

Cette nouvelle longévité questionne sur la prévention, le dépistage et le suivi des problématiques liées au vieillissement ; auxquelles sont désormais confrontés ces adultes vieillissants. Vieillir en bonne santé est donc un nouveau défi pour cette population et l'ensemble des dispositifs médico-sociaux qui les accompagnent.

De par ses conséquences traumatiques, la chute est parmi l'un des obstacles pouvant nuire à cet objectif. Problématique fréquente chez la personne âgée et enjeu de santé publique, elle concerne également les adultes déficients intellectuels vieillissant et représente un nouvel axe de travail pour les professionnels de santé.

En stage durant ma 3^{ème} année de formation dans un établissement accueillant des adultes handicapés vieillissants, c'est dans le cadre de la prévention des chutes que je suis intervenue auprès des résidents. Je me suis alors posée la question de la prise en charge psychomotrice dans la prévention de la chute auprès de cette population et de ses spécificités.

Afin de répondre à cette question il m'a semblé important de revenir brièvement sur la notion de déficience pour poser le cadre théorique de ce mémoire. Après avoir repris des éléments de définition et avoir évoqué les manifestations de la déficience ; j'aborderai les modalités de vieillissement de cette population et ses conséquences. Le dernier point théorique sera consacré à la problématique de la chute dans le vieillissement et à l'apport de la prise en charge psychomotrice auprès de cette population. Dans ce dernier point, je présenterai les théories écologiques en tant qu'approche possible de ces prises en charge.

J'illustrerai ensuite cette approche au travers d'une étude de cas de deux patients suivis depuis plusieurs semaines dans le cadre de mon stage ; Mme D et Mr L.

Pour terminer, je discuterai de l'apport des théories écologiques dans ma pratique ainsi que de l'intégration du travail effectué en psychomotricité dans une réflexion et une collaboration pluridisciplinaire.

Partie théorique

I. La déficience Intellectuelle

Les premières descriptions de déficience intellectuelles remontent à environ 1500 avant J.-C. à Thèbes (Grèce) mais ce n'est qu'à la fin du XVII^e siècle que John Locke distingue la déficience intellectuelle des maladies mentales. Deux nouveau-nés sur cent (Bussy & des Portes, 2008) seront atteints de déficience intellectuelle. Comment la définir, en quoi se distingue-telle des maladies mentales, quelles formes prend-elle ? C'est à ces questions que nous tenterons de répondre dans cette partie.

1. Définition

A. Déficience intellectuelle

L'American Association of Mental Retardation définit le retard mental comme un « fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines de fonctionnement adaptatif » (Bussy & des Portes, 2008). Le retard mental doit se manifester pendant la période développementale et être confirmé par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence (DSM-V¹, CIM² 10). L'évaluation du niveau de sévérité du trouble (déficience légère à profonde) est basée essentiellement sur les niveaux fonctionnels constatés et non plus sur le Quotient Intellectuel (QI). Le QI permet de définir un seuil entre la déficience et la norme mais est davantage utile en recherche qu'en clinique.

¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

² Classification internationale des maladies

B. Handicap mental et handicap psychique

L'expression « handicap mental » (ou handicap intellectuel selon le DSM-V) qualifie à la fois la déficience intellectuelle et ses conséquences au quotidien. Il nécessite une compensation par un aménagement de l'environnement et un accompagnement humain permanent. Le handicap psychique quant à lui est la conséquence d'une maladie mentale, il n'affecte pas directement les capacités intellectuelles (UNAPEI).

Constitue un handicap, au titre de l'article 2L.114 de la loi du 11 février 2005 ; « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La CIF³ (OMS 2001 ; cité par Carlier & Ayoun, 2007) complète cette définition en considérant le handicap comme un phénomène complexe résultant de l'interaction entre les conditions de santé, les facteurs contextuels, des facteurs personnels et les compensations offertes. L'interaction de ces différents facteurs a été schématisée dans la figure 1 ci-dessous.

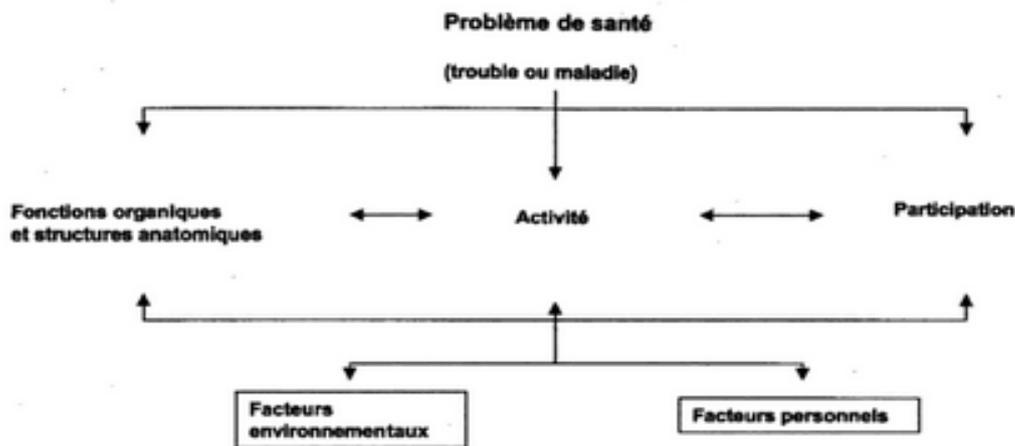


Figure 1 : Schéma hiérarchique du modèle du fonctionnement et du handicap – CIF
(Carlier & Ayoun, 2007)

³ Classification Internationale du Fonctionnement

C. Evolution des classifications

La conception de la déficience et du handicap mental n'est plus une conception figée. Les classifications considèrent désormais le développement de l'individu sur la vie entière et mettent l'accent sur l'impact du contexte de vie dans l'expression du handicap et sur les possibilités d'amélioration du fonctionnement adaptatif par des interventions précoces et continues (DSM-V). Elles intègrent des notions d'évolution et de capacité d'apprentissage qui guident et justifient les moyens médico-sociaux et sanitaires mis en place et ceux restant à déployer.

2. Généralités

A. Étiologies

Selon l'étude de Inlow et Restifo, 2004 (cité par Carlier & Ayoun, 2007), l'étiologie de la déficience est déterminée dans 60 à 75 % des cas pour un retard sévère et dans 5 à 50 % des cas pour un retard léger. Une expertise collective de l'Inserm distingue 3 origines possibles :

CAUSES PRENATALES

Malformations congénitales d'origine génétique (4 à 10 % des retards mentaux légers et 20 à 30 % des retards mentaux sévères) ou infectieuse.

CAUSES PERINATALES

Entre 22 semaines d'aménorrhées et 28 jours de vie

- Cause infectieuse (méningo-encéphalite) ou toxique (fœtopathie toxique)
- Prématurité
- Anoxie périnatale
- Accident neurologique
- Retard de croissance intra-utérin ou post-natal

CAUSES POST-NEONATALES

- Traumatisme crânien
- Infection du système nerveux central
- Tumeur

B. Sémiologie

La déficience est un champ large aux étiologies et expressions multiples. Il n'existe pas une mais des déficiences. Les différentes classifications internationales (CIM-10) et américaines (DSM V) permettent cependant de dégager des traits communs (expressions variables selon le niveau de sévérité de la déficience).

DEFICIT DES FONCTIONS ADAPTATIVES

Selon le DSM-V, les troubles des fonctions adaptatives s'expriment dans 3 domaines ; le domaine conceptuel (mémoire, langage, écriture, calcul, résolution de problèmes), pratique (organisation, gestion de l'argent) et social (empathie, communication interpersonnelles, jugement social). Ils impactent le niveau d'autonomie et la responsabilité sociale de l'individu.

DIFFICULTES COGNITIVES

Raisonnement, résolution de problème, planification, pensée abstraite, jugement, apprentissage, compréhension pratique, mémoire de travail.

DIFFICULTES MOTRICES

Retard de développement psychomoteur

DIFFICULTES LANGAGIERES

Retard d'acquisition du langage (voir une limitation importante de la communication), difficultés de compréhension verbale.

C. Comorbidités

La prévalence des troubles mentaux et développementaux (TDAH, dépression, trouble bipolaire, trouble anxieux, trouble du spectre autistiques) serait 3 à 4 fois plus élevés chez les personnes souffrant de déficience intellectuelle que dans la population générale (CIM-10, DSM-V).

3. Evolution démographique

Grâce aux progrès médicaux et à l'amélioration des conditions de vie et de prise en charge, les personnes déficientes intellectuelles voient leur espérance de vie augmenter ; le nombre de personnes déficientes intellectuelles de plus de 60 ans devrait doubler d'ici 30 ans (Asselin, 2002). En 1930, leur espérance de vie n'excédait pas 22 ans (Gabbai, 2004). En 1996, l'âge moyen d'une personne déficiente intellectuelle était de 70 ans pour une déficience légère et 50 ans pour une déficience profonde (Asselin, 2002). Le vieillissement de cette population s'accompagne d'une double problématique. D'une part l'augmentation de la fréquence de survenue de pathologies nécessitant une surveillance médicale permanente et d'autre part le vieillissement des aidants. La prise en charge des personnes déficientes vieillissantes représente donc un enjeu sociétal.

II. Vieillesse et déficience intellectuelle

L'encyclopédie Larousse (Larousse & Augé, 1959) définit la vieillesse comme la troisième période de la vie qui succède à l'enfance et à l'âge adulte. L'OMS⁴ retient le critère de 65ans pour définir la vieillesse mais la frontière est d'autant plus difficile à définir qu'il existe une grande variabilité entre les individus dans le vieillissement des différentes composantes psychologiques et physiologiques.

1. Rappels sur le vieillissement

L'OMS définit le vieillissement comme un processus graduel et irréversible de modifications des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2011). Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme qui induit une réduction de la capacité de l'organisme à faire face à une situation d'agression (Ruel & Arvisais, 2009 ; Collège national des enseignants en gériatrie, 2009). Si ce phénomène est universel, il est aussi très hétérogène ; il existe une grande variabilité intra-

⁴ Organisation Mondiale de la Santé

individuelle (vieillessement différentiel interorganique) et interindividuelle de ses conséquences.

A. Différentes formes de vieillissement

Rowe & Kahn, 1998 (Le Deun & Gentric , 2007) ont défini 3 profils de vieillissement.

LE VIEILLESSEMENT REUSSI

Maintien ou atteinte très modérée des capacités fonctionnelles et absence de pathologies. Aujourd'hui, on considère également l'impact de la qualité de vie sur la trajectoire du vieillissement. Ainsi pour Gowe et Whiteman, 2005 (Le Deun & Gentric , 2007), le bonheur et la satisfaction de vie sont des indices du vieillissement réussi.

LE VIEILLESSEMENT USUEL

Atteinte organique physiologique liée à l'âge associée à une réduction des réserves adaptatives. Il conduit à un risque de décompensation fonctionnelle face à une agression conduisant à une aggravation de l'état de santé ou à la dépendance ou syndrome de vulnérabilité. Ce phénomène est potentiellement réversible par des mesures préventives.

LE VIEILLESSEMENT PATHOLOGIQUE

Vieillessement avec morbidités qui favorisent l'émergence de pathologies aiguës.

B. Rappel sur le vieillissement psychomoteur

Les modifications structurelles physiques (modifications articulaires, musculaires, cardio-respiratoires) sensorielles (système visuel, labyrinthique, proprioceptif, tactile, kinesthésique) et nerveuses (diminution de la myélinisation, diminution du nombre de neurones, modification de la qualité des neurotransmetteurs, altération des récepteurs sensoriels) observées dans le vieillissement normal se traduisent par une altération des performances motrice, perceptives et cognitives qui impactent la réponse motrice et entravent les capacités d'adaptation à l'environnement (Guitard, Basse, & Albaret, 2005).

VIEILLESSEMENT COGNITIF

Dès 40 ans, on observe un déclin des capacités mnésiques (mémoire de travail), des fonctions exécutives (planification, inhibition, flexibilité, résolution de problèmes), des capacités attentionnelles (attention soutenue et sélective) et de représentation ; mais leurs effets ne se font sentir que vers 65 ans (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2011). De plus, les recherches

montrent une augmentation du phénomène d'utilisation partielle des ressources cognitives à partir de 60 ans (Fontaine & Pennequin, 1997).

Le fonctionnement cognitif global semble donc s'étioler avec l'avancée en âge mais la réserve cognitive permet chez certains individus de maintenir un niveau de fonctionnement optimal durant plusieurs années (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2011).

MODIFICATIONS MOTRICES ET SENSORIELLES

Sur le plan moteur on observe un déclin cardio-pulmonaire et une diminution de la masse musculaire qui se traduit par une limitation de la force, de l'endurance et de la souplesse. La vitesse et l'amplitude du mouvement sont également plus limitées (Albaret & Aubert, 2001).

Sur le plan perceptif, les processus dégénératifs des récepteurs sensoriels, des voies nerveuses et des centres intégrateurs sont à l'origine d'une diminution et d'une dégradation des afférences sensorielles ; visuelles (diminution de l'acuité, déformations perceptives), somesthésiques, tactiles (augmentation du seuil de sensibilité, diminution des capacités à détecter et différencier les stimuli) et kinesthésiques (informations masquées par les douleurs, difficultés de différenciation). De plus, les capacités de traitement et de hiérarchisation de ces informations sensorielles se détériorent, entraînant une dépendance aux informations visuelles et une perte du caractère automatique des activités posturales et de locomotion.

Cela se traduit sur le plan moteur par une augmentation du temps de réaction et du temps moteur ainsi que par une augmentation de la fréquence et de l'amplitude des oscillations antéro-postérieures. On observe également une limitation de la force, de l'endurance, de la souplesse ainsi qu'une réduction de la vitesse et de l'amplitude du mouvement.

L'ensemble de ces transformations se manifeste par des modifications des fonctions posturales, d'équilibration et de la marche.

Ce processus de déclin est inéluctable mais il semblerait que l'entraînement moteur chez l'adulte contribuerait à le ralentir, y compris sur le plan cognitif (Lemaire & Bherer, 2005 ; cité par Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2011).

CONSEQUENCES SUR LA REPOSE MOTRICE

De manière générale, on observe chez les personnes âgées une plus grande lenteur et une plus grande variabilité des mouvements en lien avec une augmentation et une variabilité des temps

de réaction et de mouvement (Guitard, Basse, & Albaret, 2005). Ces modifications affectent également le contrôle postural et la marche.

- Modifications posturales

La posture se modifie avec l'âge et se caractérise par une posture en flexion, une rétroversion du bassin et un élargissement du polygone de sustentation.

Les stratégies d'équilibration face un déséquilibre (stratégie de cheville, de hanche, pas en avant) sont retardées, moins efficaces et moins adaptées avec une stratégie de hanche plus prégnante. Les réflexes de protection sont également moins efficaces (Horak, Shupert, & Mirka, 1989).

- Modifications de la marche

La phase d'appui unipodal dans la marche est réduite au profit de la phase d'appui bipodal qui est allongée. La vitesse, la hauteur et la largeur du pas sont également réduites avec des irrégularités de trajectoire, une réduction de l'amplitude articulaire et une réduction du ballant. La posture se modifie également avec une posture en cyphose et une augmentation du polygone de sustentation (Miermon, Benois-Marouani, & Jover, 2011).

Avec l'âge la marche perd de son caractère automatique (Dehail, 2008 ; cité par Miermon, Benois-Marouani, Jover, 2011) et représente alors, en plus du coût physique, un coût attentionnel.

2. Vieillesse et déficience, évolution des troubles

Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu une situation de handicap avant de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement (Azéma & Martinez, 2005).

A. Déficience intellectuelle, un vieillissement particulier ?

Le processus de vieillissement des personnes handicapées est globalement similaire à celui de la population générale. Facon (2002) confirme ce constat à travers une analyse transversale des performances d'adultes déficients intellectuels (déficience légère à modérée) qui semble montrer l'absence de modalité spécifique du vieillissement cognitif pour cette population.

En effet, cette étude montre une évolution similaire des performances cognitives évaluées par la WAIS-R chez des personnes souffrant de déficiences intellectuelles légères à modérées et

dans la population générale ; à savoir une dégradation des subtests de performance mais pas des subtests verbaux. Si le processus de vieillissement semble globalement similaire entre les personnes handicapées et la population générale, on observe tout de même un décalage d'environ 10 ans dans l'apparition des signes du vieillissement (accroissement des maladies chroniques, réductions des fonctions cognitives et des capacités sensorielles, baisse des capacités d'adaptation et du niveau d'autonomie). Ce décalage peut s'expliquer par des conditions de vie moins optimales (sédentarité, problèmes de santé, prise de psychotropes à long terme) mais il tend à diminuer grâce aux progrès fait dans l'accompagnement spécialisé, la prévention et la médecine (Asselin, 2002).

LE VIEILLISSEMENT PRECOCE

Le vieillissement précoce désigne le décalage entre l'âge où apparaîtraient des manifestations de vieillissement et l'âge attendu normalement pour ces manifestations (Azéma & Martinez, 2005). Il ne s'observe au sens physique et biologique du terme que dans le cas de pathologies génétiques (Trisomie 21 et Syndrome de Klinefelter par exemple), de certains syndromes d'arriérations mentales profondes (liée à une encéphalopathie) ou dans les phénomènes d'usure précoces liés aux handicaps moteurs et polyhandicaps (Azéma & Martinez, 2005 ; Gabai, 2004 ; Asselin 2002). Chez la population handicapée générale, on observe plutôt un maintien des performances, voire une augmentation suivie d'un déclin progressif à partir de 60-65 ans (Harper et Wadsworth, 1990 ; cité par Facon, 2002).

LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

Il désigne quant à lui, dans le cadre du handicap, toute perte d'autonomie ou changement de comportement durable et significatif chez une personne handicapée, plus importante que celle normalement liée au vieillissement (Asselin, 2002).

Avant de parler de vieillissement pathologique chez une personne déficiente intellectuelle manifestant des troubles du comportement ou des signes de dépression, il convient d'éliminer toute cause organique (trouble sensoriel, trouble somatique, maladie aiguë ou chronique). En effet, les personnes déficientes intellectuelles ont davantage de difficultés à percevoir, nommer et exprimer les changements liés au vieillissement, ce qui limite leur exploration. De plus, ils ont des difficultés à comprendre et accepter les conséquences de ces modifications sur leur mode de vie et leurs performances et à s'adapter aux changements.

La prise de neuroleptiques est fréquente chez les personnes déficientes intellectuelles. La pathologie sous-jacente à l'origine de la prescription associée à la prise au long cours de neuroleptiques est un facteur péjoratif dans le vieillissement de ces personnes ; elle entraîne une diminution de l'autonomie de déplacement, altère la mémoire (pour des capacités cognitives similaires à un sujet sans neuroleptiques). Leur vie sociale est souvent plus pauvre, les anomalies neurologiques sont plus fréquentes et des limitations articulaires des membres supérieures sont souvent observées (Leroux, 2004). De plus la perception du vieillissement par l'entourage est accentuée.

LES DEMENCES

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la prévalence des maladies liées à l'âge augmente, y compris la démence. Selon Deb (2003), 31 à 78% des personnes âgées avec une déficience intellectuelle (sans trisomie 21) seraient atteintes d'une maladie d'Alzheimer.

Cooper (cité par Ruel & Arvisais, 2009) a montré une prévalence de 21.6 % de démence sur un échantillon de 134 patients de 65 ans ou plus. Les personnes atteintes seraient davantage les femmes, des patients dont l'épilepsie est mal stabilisée, les personnes dont les capacités adaptatives sont plus faibles ou ayant des troubles physiques supplémentaires. Il envisage 3 facteurs étiologiques de la démence dans cette population : les anomalies génétiques, le manque de réserve cérébrale et les lésions cérébrales importantes.

Le vieillissement précoce ou pathologique ne sont pas inhérents au vieillissement de l'ensemble des personnes handicapées et restent une probabilité de trajectoire.

B. Dynamique du déclin

Le vieillissement normal des personnes handicapées ne se distingue donc pas ou peu de celui de la population générale mais la prédisposition aux troubles psychiatriques aux maladies cardiaques, aux déficiences sensorielles et à la démence précoce est plus importante dans cette population (Bittles, et al., 2002).

Les conséquences du vieillissement pour cette population se distinguent ainsi de la population générale par l'effet cumulatif des troubles dégénératifs liés à l'âge. En effet, selon un rapport de l'IGAS mené en 2013 par Patrick Gohet, l'avancée en âge des personnes handicapées se traduit par la survenue de nouvelles déficiences provoquant de nouveaux handicaps (surdité, cécité, dépression, réduction de la mobilité) et un accroissement possible des déficiences

antérieures (UNAPEI). Cooper (cité par Ruel & Arvisais, 2009) confirme ce constat en montrant une augmentation du risque de dépressions et de troubles anxieux avec l'avancée en âge. La prévalence de troubles mentaux serait également plus élevée dans cette population. (Desrosiers et al. 2000 ; cité par Ruel & Arvisais, 2009). Sur le plan psychosocial, Boisvert, Bonin et Boutet, 1994 (cité par Ruel & Arvisais, 2009) montrent un étiolement du réseau social et des types de soutien.

C. Vers un vieillissement différentiel pour chacun

La littérature décrit une « mortalité différentielle » (Moss, 2000 ; cité par Azéma & Martinez, 2005), qui est la tendance des personnes les plus vulnérables à mourir à un âge précoce.

Le vieillissement est aussi divers que les origines et les caractéristiques du handicap ; il dépend à la fois de facteurs intrinsèques et extrinsèques (événements de vie, mode de vie, incapacité de départ liée au handicap, état de santé, morbidités associées). Tous ces facteurs individuels sont autant d'éléments qui contribuent à des trajectoires singulières et un vieillissement spécifiques des aptitudes et des incapacités.

3. Conséquences Psycho-sociales

Cette nouvelle tranche de vie implique de nombreux changements et pertes de repères qu'il faut anticiper. Dans le cas de personnes résidant en famille, les aidants vieillissants, des relais deviennent nécessaires et la question de l'institutionnalisation peut se poser. Cependant les dispositifs gérontologiques ne sont pas toujours adaptés car ils posent le problème du différentiel d'âge. Dans le cas de personnes résidents en foyer de vie, les structures existantes n'étant pas toujours adaptées, un changement d'institution peut être envisagé. Le vieillissement des personnes handicapées pose donc la question de l'offre médico-sociale en termes d'hébergement, d'activités et de soins.

Quitter son lieu de vie, quel qu'il soit, s'accompagne de ruptures relationnelles et affectives et de perte de repères qu'il faut anticiper au mieux et qu'il faut accompagner. Dans le cas des travailleurs en ESAT, il faut également faire face à une perte d'identité de travailleurs et de reconnaissance sociale (Azéma & Martinez, 2005).

C'est également une période de deuils, deuils dans la famille, décès de résidents de l'institution, vieillissement et maladies des proches. Les études actuelles montrent que les personnes

déficientes sont souvent mises à l'écart des rites funéraires et que les équipes éducatives sont peu formées et soutenues dans cet accompagnement. Le deuil et l'absence de mise en mots par l'entourage peut pourtant se révéler très anxiogènes (Azéma & Martinez, 2005).

III. Problématique de la chute chez la personne vieillissante ayant une déficience intellectuelle

Les chutes, causes importantes de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées représentent un enjeu de santé publique ; chez les plus de 65 ans, 30% chuteront au moins une fois (O'Loughlin et al., 1993 ; cité par Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010). Les personnes déficientes intellectuelles partagent de nombreux facteurs de risque avec la population générale. Associés à des facteurs de risque qui leurs sont spécifiques, le problème des chutes survient alors plus tôt chez les personnes déficientes intellectuelles et sont la cause de blessures et d'hospitalisations.

Si les recherches sur le sujet restent limitées, il est important d'identifier les causes sous-jacentes aux problèmes de la chute chez la personne déficiente afin de cibler les interventions préventives et rééducatives pour maintenir une autonomie optimale le plus longtemps possible.

1. La chute : cause, facteurs de risques et conséquences

Une étude rétrospective réalisée par Cox et al. (2010) a montré une incidence élevée des chutes chez les personnes déficientes intellectuelles âgées de 18 à 75 ans. Ainsi, 34% de l'échantillon de l'étude a déjà chuté (25% des chuteurs ont chuté une fois et 51% des chuteurs a chuté plus de deux fois). Dans l'étude de Wagemans & Cluitemans (2006), 57% des participants sont tombés durant les 33 mois de l'étude et 30% d'entre eux ont chutés à plusieurs reprises. Cette incidence est équivalente à l'incidence des chutes chez les plus de 65 ans dans la population générale (O'Loughlin et al., 1993 ; cité par Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010).

A. Facteurs de risques

Chez les personnes âgées, de nombreux facteurs de risques de chutes ont été relevés comme par exemple l'altération de la mobilité, les déficiences visuelles, la polymédication, la prise de psychotropes, la sédentarité, la dénutrition et les carences.

Les personnes déficientes intellectuelles vieillissantes partagent beaucoup de ces facteurs avec la population générale (à un âge plus précoce), auxquels s'ajoutent d'autres facteurs de risques spécifiques (distractibilité, capacités d'adaptation à l'environnement réduites, impulsivité) et des comorbidités comme l'épilepsie (dont l'incidence plus élevée dans cette population). Aucune étude n'a relevé que le sexe féminin était un facteur de risque chez les déficients intellectuels contrairement aux études consacrées au vieillissement de la population générale.

Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington (2010) ont identifié trois facteurs de risques significatifs dans cette population à savoir l'âge croissant, la présence d'épisodes convulsifs dans les 5 dernières années et des antécédents de chutes avec fractures. Les troubles de l'équilibre et de la marche ont également été envisagé mais n'ont pas pu être mis en évidence de manière évidente dans cette étude (limites méthodologiques). Si l'âge croissant est un facteur risque prégnant à partir de 70 ans dans la population générale, chez les personnes déficientes intellectuelles l'incidence des chutes augmente de manière significative dès 40-50 ans (Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010). L'ensemble des facteurs de risques de chute a été synthétisé dans le tableau ci-dessous.

<i>Facteurs de risques intrinsèques</i>	<i>Facteurs de risques extrinsèques</i>	<i>Facteurs de risque comportementaux</i>
Age	Obstacles	Peur de chuter
Epilepsie, antiépileptiques	Luminosité	Sédentarité
Antécédant de chute	Chaussage	Dénutrition
Troubles de l'équilibre	Habillage	Troubles attentionnels
Troubles de la marche		Troubles du comportement
Faiblesse musculaire		
Déficiences sensorielles		
Dépression, Démence		
Psychotropes, Polymédication		

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des facteurs de risque de chute

B. Causes

Comme dans la population générale, les chutes chez les personnes déficientes intellectuelles ont lieu lors de déplacements, suite à une perte d'équilibre ou à une glissade (Lord et al., 1993 ; cité par Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010). En revanche, ces derniers chutent davantage à l'intérieur (salle de bain, WC, chambre) que dans la population générale ; la proportion des chutes à l'extérieur n'est que de 21% (Grant et al., 2001 ; cité par Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010). Ce constat peut traduire un mode de vie plus sédentaire ou un accès plus restreint de l'échantillon étudié à la communauté.

C. Conséquences

Les chutes sont les causes les plus fréquentes de blessures, elles représentent 45 à 50% des blessures et hospitalisation des adultes déficients intellectuels (Sherrad et al. 2001 ; cité par Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington, 2010). Dans l'étude de Cox, Clemson, Stancliffe, Durvasula, & Sherrington (2010), 84% des chuteurs ont signalés des blessures dont 18.9% de fractures et 20% de blessures à la tête et au visage.

2. Contrôle postural et troubles de l'équilibre

A. Physiologie de l'équilibre

Le contrôle postural est un comportement complexe qui consiste à maintenir le centre gravité sur sa base de soutien (ou polygone de sustentation) au repos, lors de mouvements volontaires (ajustements posturaux anticipés) ou en réponse à une perturbation externe (Horak, Shupert, & Mirka, 1989). Les réponses d'équilibration peuvent être correctrices ou protectrices. La sélection et la mise en œuvre de la réponse posturale dépendent de l'attente et de l'expérience du sujet dans un contexte donné.

Le contrôle postural repose sur des systèmes sensorimoteurs et l'intégration centrale des modalités sensorielles (Lacour, 2013). Selon Horak, Shupert, Mirka (1989), le contrôle postural peut être découpé en un ensemble de composantes fonctionnelles décrites dans le schéma ci-dessous.

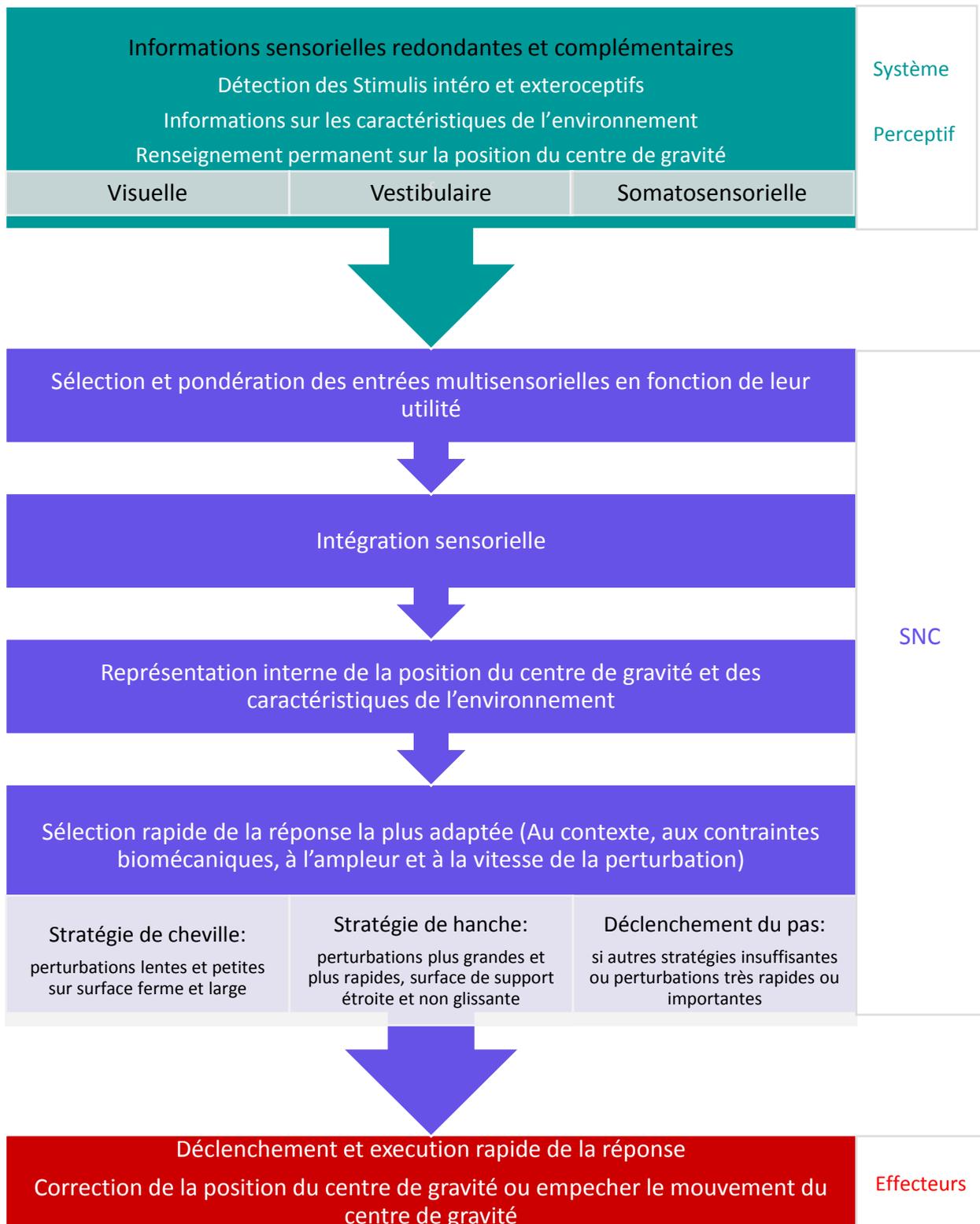


Figure 2 : Schéma de synthèse des composantes fonctionnelles du contrôle postural (Horak, Shupert, & Mirka, 1989)

B. Dysfonctionnement du contrôle postural

L'instabilité posturale chez les personnes âgées saines est liée à des déficits généralisés des systèmes physiologiques du contrôle postural.

Lacour (2013), considère la dégradation du contrôle postural et de l'équilibre comme une conséquence du vieillissement moteur (vieillessement des systèmes sensori-moteurs, moindre efficacité des effecteurs musculaires, réduction des propriétés d'intégration neuronales, dysfonctionnement des structures nerveuses centrales) et cognitif (diminution des capacités d'anticipation et augmentation des ressources attentionnelles allouées aux tâches posturales). Dans ce modèle les changements évoqués sont imputables aux seuls effets du vieillissement, on parle également de de presbyastasis (Balla et Gorig, 1986 ; cité par Horak et al., 1989). Si de nombreuses preuves vont dans ce sens, ce modèle reste incomplet car il n'explique pas l'hétérogénéité des troubles posturaux dans la population.

Horak, Shupert & Mirka (1989) proposent un second modèle, complémentaire, considérant le déséquilibre comme la conséquence de pathologies à des stades subcliniques sur la détérioration des systèmes sensori-moteurs. La combinaison de processus liés au vieillissement et de processus pathologiques variés contribuent au déséquilibre chez les personnes âgées.

Considérant le contrôle postural comme un ensemble de composantes fonctionnelles, plusieurs causes sous-jacentes au trouble du contrôle postural peuvent ainsi être évoquées.

La posture étant une tâche sensori-motrice, les déficits sensoriels périphériques peuvent affecter les stratégies de mouvements sélectionnées et inversement. L'ensemble de ces composantes fonctionnelles est en permanente interactions.

AU NIVEAU SENSORIEL

La perte de sensibilité des systèmes sensoriels périphériques est fréquemment évoqué, elle est d'ailleurs considérée comme une conséquence normale du vieillissement (30 à 50% des personnes âgées souffrent de perte du sens de vibration de la cheville selon Horak, Shupert & Mirka, 1989). Elles peuvent pourtant résulter de processus pathologiques à des stades subcliniques. Le déficit peut alors être difficile à détecter dans un environnement riche en indices sensoriels mais les difficultés peuvent apparaître avec la privation de ces indices. Par exemple, dans le cas de la perte de la fonction vestibulaire périphérique, aucun trouble ne se manifeste sur une surface ferme et plane avec des informations visuelles mais des difficultés d'équilibre peuvent apparaître les yeux fermés ou si la surface d'appui varie.

AU NIVEAU CENTRAL

La sélection des sources fiables d'informations sensorielles peut être altérée. La capacité du système nerveux central à coder et intégrer les informations sensorielles de différentes sources peut être également altérée.

On observe également un ralentissement de la capacité à sélectionner rapidement et précisément les informations utiles ; cet aspect constitue un facteur critique du contrôle postural pour Horak et al. (1989). De plus la compensation des pertes sensorielles ou des déficiences est moins efficace.

Certaines pathologies ralentissent le temps de conduction nerveuse ou le temps de traitement central et entraînent une augmentation du temps de latence de la réponse chez 50% des sujets âgés (Woollacoot et al., 1986 ; cité par Horak, Shupert, & Mirka, 1989).

AU NIVEAU BIOMECANIQUE

La perte de mobilité articulaire liée à des pathologies orthopédiques et la faiblesse musculaire (notamment les tibiaux antérieurs qui corrigent le balancement vers l'arrière) sont fréquentes chez les personnes âgées. Elles entraînent une incapacité à effectuer des mouvements posturaux ou causent des désalignements du centre de gravité à l'origine de déséquilibres voire de chutes (Horak, Shupert, & Mirka, 1989). De plus, la réponse mise en place, lorsqu'elle n'est pas coordonnée temporellement à la vitesse et à l'amplitude de la perturbation, peut-être à l'origine de chutes. Dans le cas d'une réponse insuffisante, la chute a lieu dans la direction de la perturbation alors qu'une réponse exagérée entraîne une chute dans le sens opposé à la perturbation. Chez les patients cérébelleux, on observe une surréaction aux perturbations avec des réponses constantes et inappropriées. Enfin on peut observer une perturbation de la capacité de coordonner et déplacer les muscles et articulation efficacement (ex : parkinson).

3. Psychomotricité, déficience et vieillissement

La prise en charge de la chute est un enjeu de santé publique qui s'inscrit dans une démarche préventive des facteurs de risque de chute (cf. page - 14 -).

La HAS⁵ (2009) a définis les critères suivants pour cibler les personnes à risque de chutes :

- Plus 80 ans ou + 65 ans avec antécédents ou facteurs de risque de chute
- Troubles de la marche, troubles de l'équilibre, besoin d'une aide technique
- Pathologie spécifique (parkinson, démence, dépression, incontinence)
- Diminution de la force musculaire des membres inférieurs, troubles de la sensibilité proprioceptive des membres inférieurs, arthrose.
- Diminution de l'acuité visuelle
- Sédentarité, malnutrition
- Activités de la vie quotidienne réduites, mobilité réduite

De par le vieillissement et leur pathologie, de nombreux adultes déficients intellectuels vieillissants remplissent ces critères.

La prévention de la chute se veut également pluridisciplinaire (HAS, 2009). Le psychomotricien s'est fait au fil des dernières années un place parmi les équipes pluridisciplinaire, notamment en gériatrie, de par son approche globale de la problématique de la chute (aspects sensoriels, cognitifs, psychologiques et moteurs). La prévention de la chute est aujourd'hui un axe majeur d'intervention du psychomotricien ; dans le cadre du vieillissement des adultes déficients intellectuels, elle permet de prendre en compte cette double particularité (déficience et vieillissement) et de mettre en place les adaptations nécessaires.

A. Prise en charge psychomotrice

En rompant avec un mode de vie souvent sédentaire et en agissant sur les fonctions cérébrales (synthèse de neurotransmetteurs impliqués dans la régulation de l'humeur, amélioration du flux sanguin et de l'oxygénation cérébrale) ; l'activité physique semble agir positivement sur le bien-être et la santé mentale des adultes déficients intellectuels (Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad, & Merrick, 2005).

Cependant, l'activité physique à elle seule n'est pas efficace sur la prise en charge des troubles de l'équilibre et les chutes. Un programme de prise en charge efficace doit associer un travail

⁵ Haute Autorité de Santé

de renforcement musculaire et un travail spécifique sur l'équilibre, comme l'ont montré Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad, & Merrick (2005) sur un échantillon d'adultes avec déficience intellectuelle légère âgé de 54 à 66 ans. La psychomotricité présente alors ce double intérêt de permettre une activité physique ludique et adaptée, dans un cadre sécurisant et une intervention ciblée sur la problématique de la chute et ses facteurs risque. Cette prise en charge est permise par la réalisation au préalable d'un bilan psychomoteur.

BILAN

Le bilan psychomoteur permet une évaluation globale de la personne (histoire, état de santé, niveau de risque) et s'intègre à l'évaluation pluridisciplinaire. Il ne sera question dans ce mémoire que de l'Examen Géronto-Psychomoteur (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011) et du Short Physical Performance Battery (Guralnik, 2000) mais d'autres tests peuvent être utilisés pour la réalisation du bilan (Tinetti, Ten metter test, Stop walking test).

L'EGP est outil complet qui, au travers de 17 items, permet de définir le profil psychomoteur du sujet. Cet outil a été étalonné et est utilisé auprès de personnes de plus de 60 ans de la population générale ; il n'est donc pas spécifique à la population déficiente vieillissante et nécessite une prudence dans l'interprétation des résultats. En effet, les problèmes de compréhension de consignes peuvent venir biaiser les résultats. De plus, les domaines évalués sont considérés comme des compétences acquise par la majorité de la population générale, ce qui n'est pas forcément le cas des personnes déficientes vieillissantes ; on ne mesure donc pas ici une dégradation.

Le SPPB quant à lui permet une évaluation rapide des performances physiques globales grâce à trois domaines : l'endurance, la vitesse de marche (prédictive du risque de chute) et l'équilibre. Il est également un bon outil de dépistage de la sarcopénie.

PRISE EN CHARGE

Individuelle ou en groupe, la prise en charge associe stimulations sensorielles, renforcement musculaire, travail sur l'équilibre statique et dynamique, travail sur relevé de chute et aspects cognitifs (double tâche). Elle propose un cadre sécuritaire, adapté et valorisant, propice à l'apprentissage moteur, l'expérimentation de ses limites, la valorisation et le maintien des capacités.

B. Spécificité et adaptation de la prise en charge d'adultes vieillissants déficients intellectuels

La principale contrainte rencontrée est celle de la communication et notamment la compréhension. Deux outils peuvent être envisagés pour penser la prise en charge de cette population ; les théories écologiques de l'apprentissage et l'imitation.

L'APPRENTISSAGE MOTEUR – APPORTS DE L'APPROCHE ECOLOGIQUE

Les théories biologiques partent du postulat que les actions émergent d'un ensemble de relations entre l'organisme et l'environnement (Récopé, 2001). Elles ne conçoivent plus l'action selon un schéma perception – représentation – action mais selon un schéma perception-action où la réponse de l'organisme est une réaction naturelle à une information (Bonnet & Bonnet, 2008). L'information perçue dans le milieu est exhaustive, elle ne nécessite pas de traitement central. Différents courants sont issus de ces théories dont l'approche écologique.

Dans l'approche écologique, aucune action ne peut se passer de perception et toute perception résulte d'une action particulière, l'information est « reine et source de la perception et de l'action » (Bonnet & Bonnet, 2008).

Les informations perçues par un individu dans son interaction avec l'environnement constituent les affordances (Gibson, 1979 ; cité par Bonnet et Bonnet, 2008). Les affordances sont le concept central de la théorie écologique, elles désignent les propriétés fonctionnelles de l'environnement perçues en termes de possibilité d'action (Décamps, 2012). Les affordances représentent donc les possibilités d'action que suggère l'environnement à un individu (Temprado cité par Bonnet & Bonnet, 2008).

Gibson, 1979 (cité par Décamps, 2012) parle de système sujet-environnement où le comportement du sujet ne peut pas être compris en dehors de son environnement. Le geste produit n'est donc pas le geste idéal mais le geste le plus efficace en fonction du potentiel du sujet (Décamps, 2012).

Apprendre, dans les théories écologiques c'est augmenter la capacité à détecter l'information utile pour agir (Bonnet & Bonnet, 2008). En pratique, l'utilisation de ces théories dans l'apprentissage moteur passe alors par l'éducation à la perception des affordances et l'aménagement du milieu. L'aménagement du milieu correspond à une modification des contraintes environnementales pour faire émerger un comportement (Bonnet & Bonnet, 2008). En psychomotricité, l'utilisation de ces théories permet de se dégager des contraintes liées à la communication et aux troubles de la compréhension. La proposition de parcours psychomoteur

illustre l'application de cette théorie avec la matérialisation du départ et de l'arrivée par des cerceaux, l'aménagement du parcours en fonction du travail ciblé et la variation des contraintes de rythmes, de vitesse, d'amplitude.

L'IMITATION

L'imitation n'est pas en soi un support d'apprentissage moteur. Comme le décrit Desmurget (2006), si l'imitation est une tendance naturelle, elle porte davantage sur les détails cinématiques (comment faire) que les contenus fonctionnels du geste. C'est l'action qui est imitée et non pas le mouvement. De plus, l'apprentissage par imitation fait intervenir un type particulier de neurones, les neurones miroirs, mais l'activation de ces derniers ne dépend pas des caractéristiques fines du mouvement. Il est donc difficile de conclure à une l'existence de la voie visuomotrice directe dans l'apprentissage par imitation d'habiletés nouvelles. Enfin, pour Desmurget (2006) l'observation du modèle ne communique aucune information sur les propriétés dynamiques du mouvement ; l'intégration de schèmes n'est donc menée à son terme que par confrontation directe avec la tâche. L'imitation en prise en charge psychomotrice est donc d'avantage un support de communication et de démonstration pour pallier aux difficultés de compréhension mais il est nécessaire de prendre en compte au préalable les capacités d'imitation des patients évaluées au cours du bilan psychomoteur.

Partie pratique

I. Présentation de la structure

A la frontière entre EHPAD⁶ et FAM⁷, la résidence R est un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes qui accueille des personnes âgées de 60 ans et plus (et à partir de 55 ans sur dérogation), anciens agents de production en ESAT ou personnes au domicile en attente de solution, qui bénéficient d'une orientation par la CPAPH⁸. Elle accueille également des personnes jusque-là hébergées en foyer et pour lesquelles l'environnement, les prestations et les modalités d'intervention ne sont plus adaptés à leur avancée en âge.

La résidence a une capacité de 70 places dont 60 places d'hébergement permanent, 4 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour. Les places d'hébergement sont réparties entre 3 unités de vie, la 3^{ème} unité étant destinée aux résidents nécessitant une surveillance médicale plus importante.

A l'origine, la résidence s'adressait à des personnes relativement autonomes, jeunes retraités, et avait une visée essentiellement occupationnelle. Elle a donc été implantée en ville pour permettre aux résidents les plus autonomes de maintenir une forme d'indépendance.

Les résidents sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire. L'encadrement quotidien est assuré par les AMP⁹, les moniteurs éducateurs, l'éducatrice spécialisée, et les surveillants de nuit. Des activités sont proposées quotidiennement par l'équipe éducative, au sein de l'établissement ou à l'extérieur. Des jeunes interviennent également auprès des résidents dans le cadre de leur service Civic.

⁶ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁷ Foyer d'Accueil Médicalisé

⁸ Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

⁹ Aide Médico-Psychologique

EGP

Mme D obtient un score de 84 sur 96 soit -2,8 Déviation Standard par rapport à la norme pour son âge. Ses résultats sont représentés sous forme d'étoile de synthèse.

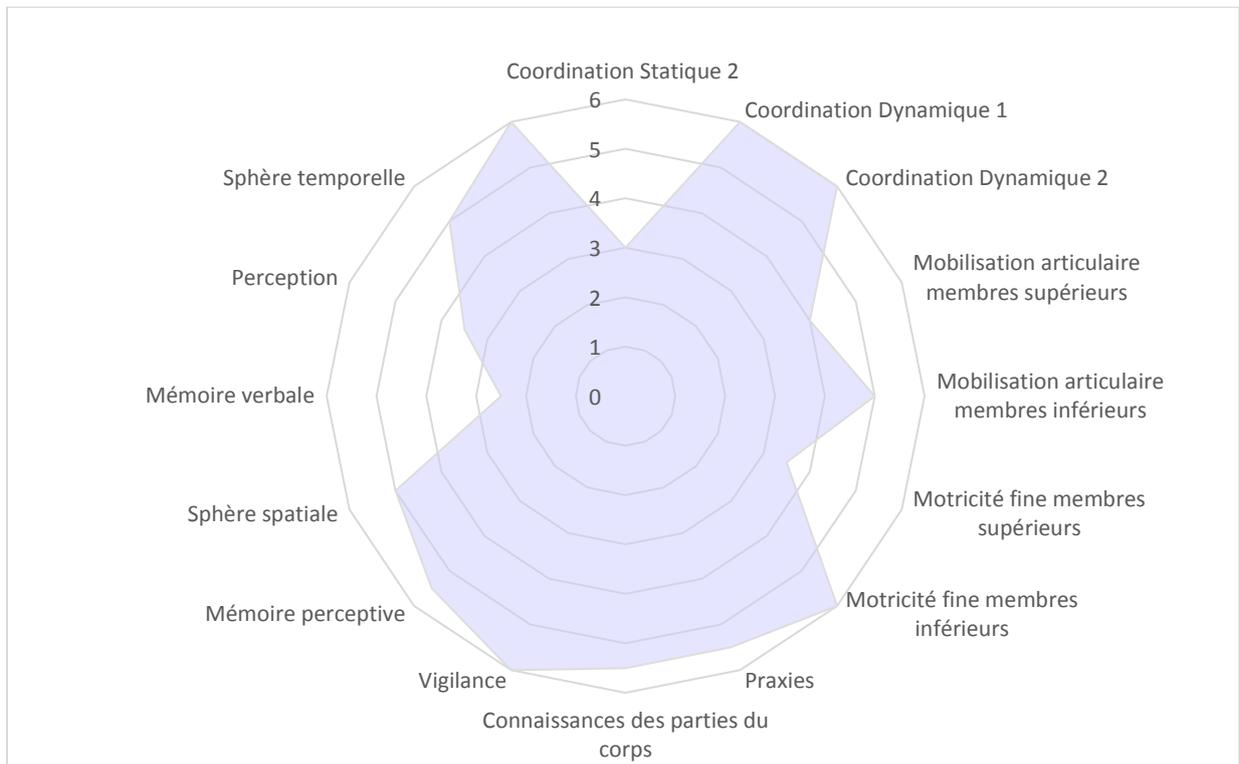


Figure 3 : Etoile de synthèse EGP – Mme D

La station debout est possible sans appui mais Mme D est fatigable. L'équilibre pointe de pieds est tenu quelques secondes mais avec un déséquilibre antéro-postérieur difficile à rattraper. La marche sans aide technique est possible, les genoux sont fléchis, les jambes arquées, les pieds s'élèvent peu et le buste est penché en avant. La vitesse de marche sans déambulateur est élevée, l'accélération est possible mais elle est réduite compte tenu de la vitesse initiale. Avec le déambulateur la vitesse de marche est réduite. Lors de l'épreuve de course les bras sont fléchis et la phase de suspension est courte.

La mobilité de la cheville droite est limitée à la mobilisation active et passive.

En motricité fine, l'épreuve de pianotage est impossible, il n'y a pas de dissociation des doigts. La pince est déficiente sur la main gauche. Mme D montre des bonnes capacités d'anticipation du placement des pieds pour réceptionner un ballon.

L'évaluation des praxies montre un léger déficit des praxies visuo-constructives.

La mémoire verbale est déficitaire et nécessite des répétitions pour l'encodage. Difficultés de mémorisation se retrouvent dans la mémorisation de déplacements.

Concernant les capacités perceptives, elle présente des difficultés dans la reconnaissance d'un air connu et la reproduction de structures rythmiques. Sa presbycusie débutante est à prendre en considération dans l'interprétation de ces épreuves.

A l'épreuve de vigilance, Mme D ne montre pas de troubles attentionnels. Une légère impulsivité est observée mais elle peut l'inhiber sur remarque de l'examineur.

CONCLUSIONS

Mme D présente quelques difficultés de dissociation digitale mais la motricité fine est globalement correcte. Des difficultés importantes dans la mémoire verbale sont à noter mais les autres canaux perceptifs fonctionnent bien.

Mme D semble avoir de bons appuis mais sa posture (buste en avant), parfois inadapté, et sa tendance à la précipitation peuvent être source de déséquilibres importants. Lorsque le déséquilibre est amorcé il lui est difficile de le rattraper ; en raison peut être d'un problème de détection, de faiblesse neuro-musculaire ou de limitations articulaires (cheville droite).

En plus des troubles de l'équilibre Mme D présente de nombreux facteurs de risque de chute : épilepsie, vertiges positionnels, antécédents de chute, polymédication, fatigabilité.

Entre la réalisation de ces bilans et ma rencontre avec Mme D il s'est écoulé presque un an. Elle a depuis quitté son déambulateur et marche désormais sans aide technique ; ce qui accentue son désir d'indépendance.

D. Projet thérapeutique

La prise en charge de Mme D s'inscrit dans le cadre d'une prévention secondaire. Un travail autour de la posture et de la marche peut lui être proposé afin de l'aider à trouver la marche la plus stable possible et lui permettre de mieux détecter et corriger les déséquilibres. Un travail de prise de conscience de l'impact de son comportement sur son contrôle postural (précipitation) au travers de mises en situation semble également important.

En quête d'indépendance Mme D commence tout juste à accepter le caractère définitif de cette institutionnalisation. Elle souhaiterait regagner en autonomie (notamment pouvoir sortir seule

La motricité manuelle est déficitaire avec des tremblements et une lenteur importante. Les praxies idéatoires, idéomotrices et visuo-constructives sont également déficitaires. Mr L ne connaît pas les noms des parties du corps et est en grande difficultés pour imiter des gestes. Son attention est fragile, il a besoin d'être recentré. Aucune impulsivité n'est mise en évidence mais l'interprétation de l'épreuve est peu pertinente en raison des problèmes de compréhension des consignes et d'identification des formes et des couleurs. Au regard des difficultés de perception ou identification des couleurs et d'imitation des positions dans les items précédents, les épreuves d'évaluation de la mémoire ne sont pas appropriées. Malgré les difficultés d'évaluation de la mémoire, l'évaluation a montré de bonnes capacités de mémoire verbale mais l'encodage de l'information nécessite des répétitions. Aux épreuves de perception, la lecture est impossible et les paysages ne sont pas identifiés. Les images simples ont besoin d'une adaptation de la taille pour pouvoir être identifiées. Enfin, sur le plan spatio-temporel, Mr L connaît les termes spatiaux et sait s'orienter sur un trajet familier mais il est incapable de s'orienter à grande échelle. Il ne peut pas reproduire un déplacement simple sur indication.

CONCLUSIONS

Monsieur L présente donc des difficultés de motricité fine associées à des tremblements et une lenteur de mouvements, des troubles praxiques, et des troubles de l'équilibre lorsque le polygone de sustentation est réduit. Son attention est également fragile.

Deux grands biais interviennent dans l'interprétation des tests administrés à Mr L.

D'une part, le biais de la communication avec des difficultés de compréhension des consignes et une limitation des aspects verbaux dans les capacités à répondre à certaines épreuves. D'autre part une atrophie optique bilatérale qui réduit son acuité visuelle, son champ visuel et sa capacité à discriminer les couleurs. Elle impacte donc ses capacités perceptives et a des répercussions sur son équilibre.

En conclusion, concernant l'évaluation des troubles de l'équilibre et risque de chute, Mr L montre des troubles de l'équilibre mis en évidence par l'examen neurologique et confirmé par l'examen psychomoteur au SPPB, à l'EGP et sur le plan clinique (limitations articulaires, troubles visuels, irrégularité des trajectoires, légère tendance à la précipitation avec une vitesse de marche élevée). L'examen neurologique met également en évidence des troubles de la statique. Au-delà des troubles de l'équilibre et de la statique, Mr L présente plusieurs facteurs de risque de chute : une dénutrition avec un IMC à 18, un poly médication, et des facteurs de

risque situationnels liés aux levés la nuit pour aller aux WC et des difficultés à monter ou descendre les escaliers.

D. Projet thérapeutique

La prise en charge de Mr L. s'inscrit dans une prévention primaire du risque de chute, l'objectif étant de lui permettre de maintenir une autonomie de déplacement, d'acquérir une marche plus stable et de pouvoir s'adapter à différents environnements et situations (escaliers, sols instables, obstacles ...).

La prise en charge de Mr L est donc axé sur un travail d'équilibre, statique et dynamique.

Le but des prises en charge est de lui permette d'expérimenter diverses situations (variation de la taille du polygone de sustentation, changements de directions) pour qu'il puisse trouver les ajustements posturaux adéquats et ajuster son comportement (vitesse, rythme, attention) pour maintenir son équilibre. Un travail sur les paramètres de la marche est également envisagé. De plus, il semble important de proposer à monsieur L un travail de stimulation sensorielle et d'amélioration des perception sensorielles utiles à l'équilibration et pouvant compenser les troubles visuels. Un travail sur la conscience corporelle et la relaxation au travers de stimulations sensorielles, de mobilisation passives pourrait être pertinent mais il n'est pas réalisable en psychomotricité dans les conditions actuelles. En effet nous ne disposons pas d'assez de temps de prise en charge pour effectuer ce travail, la priorité a donc été donné au travail sur l'équilibre et la marche. Les capacités perceptives dans les aspects auditifs et rythmiques sont un point fort à utiliser dans les mises en situations pour travailler sur la vitesse et le rythme de marche et accompagner les mouvements.

III. Prise en charge

Dans cette partie nous aborderons les axes de prises en charges de ces deux résidents avant de décrire une séance type. A ce jour, l'essentiel des séances a été proposées en collaboration avec mon maitre de stage.

1. Axes de prise en charge

Pour être efficace, la prévention de la chute doit être multifactorielle. La prise en charge de ces résidents doit donc aborder les différents aspects de la problématique de la chute.

Guitar, basse et Albaret (2005) ont ainsi montré au travers d'un protocole de rééducation de l'équilibre qu'une prise en charge psychomotrice associant travail sur la perception sensorielle, l'adaptation posturale, les réflexes d'équilibration et la marche améliorait significativement l'équilibre (statique et dynamique) et la perception tactile.

STIMULATION SENSORIELLE

Le contrôle postural est une tâche sensori-motrice. Améliorer les perceptions sensorielles en jeu dans les processus d'équilibration permet ainsi d'améliorer la régulation de l'équilibre, la perception et la correction des déséquilibres.

La stimulation sensorielle permet de développer la suppléance sensorielle et ainsi de limiter la dépendance visuelle dans le maintien de l'équilibre. Cet aspect est d'autant plus important que ces deux résidents présentent des troubles visuels.

EQUILIBRE STATIQUE ET DYNAMIQUE

Un travail sur les transferts d'appuis, les ajustements posturaux anticipés et la diminution du polygone de sustentation permet de favoriser l'adaptation posturale face aux modifications environnementales en maintenant le centre de gravité dans le polygone de sustentation.

La stimulation des réflexes d'équilibration est essentielle dans la prévention des chutes afin de permettre aux résidents de détecter et de corriger les déséquilibres qui pourraient potentiellement être à l'origine d'une chute.

REFLEXES DE PROTECTION

Le travail sur les réflexes de protection permet de limiter l'ampleur de la chute et ses conséquences traumatiques.

RENFORCEMENT MUSCULAIRE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Les muscles posturaux, notamment des membres inférieurs, sont directement impliqués dans le maintien de la posture. Une force musculaire minimale est requise dans l'équilibre statique et dynamique, force qu'il faut entretenir voire développer.

Les troubles de la marche constituent un facteur de risque de chute. Guitard ont ainsi montré qu'associer un travail sur les aspects déficitaires de la marche (hauteur et longueur du pas, irrégularité de trajectoire, posture en flexion, coût attentionnel, diminution de l'amplitude des mouvements) avait un effet significatif sur la réduction des troubles de l'équilibre.

RELEVÉ DU SOL (CF. ANNEXE 1)

La capacité à se relever seul présente 3 bénéfices :

Le premier est la maîtrise des transferts assis-coucher-debout qui permet de ne pas se mettre en danger lors des transferts et de maintenir une autonomie. Le second bénéfice est de limiter l'impact traumatique de la chute en limitant le temps passé au sol. Enfin le dernier est un bénéfice psychologique. Le travail près du sol permet de diminuer le niveau d'anxiété et les appréhensions liées à la chute. Ils ont un outil qu'ils ont travaillé et automatisé qui leur permettras en situation, si ce n'est de se relever, de se mettre en sécurité.

2. Séance type

Voici la trame générale d'une séance type, le déroulé de la séance et la façon d'amener les exercices varie en fonction du profil, des difficultés, du vécu et de la personnalité de chacun.

Les prises en charges ont lieu chaque semaine le lundi après-midi. Elles marquent le début d'une nouvelle semaine.

La prise en charge commence dès le moment où l'on va chercher le résident dans son unité de vie, c'est un moment où rentre dans l'intimité du résident (son lieu de vie, la décoration de sa chambre, les photos de famille, ses passions, ses intérêts) ; un support à la relation. Le trajet entre l'unité de vie et la salle (quelques mètres) permet de discuter de la semaine qui viens de s'écouler, des évènements qui ont eu lieux et ceux à venir en travaillant le repérage temporel. Le début de la séance est donc un temps d'échange et de discussion, aussi court soit-il, il est essentiel à la création et au maintien de l'alliance thérapeutique.

Les séances se poursuit dans la salle par des mises en situations : stimulations sensorielles, parcours psychomoteur, exercices qui seront décrits ci-dessous. Nous proposons souvent une démonstration des exercices pour faciliter la compréhension et accompagner les consignes verbales (cf. partie théorique).

STIMULATION SENSORIELLE

Un travail autour de la stimulation sensorielle est alors proposé afin d'améliorer la perception tactile extéroceptive (protopathique¹⁴ et épicrotique¹⁵). Pour cela nous proposons des exercices d'appariement d'objets en aveugle, d'abord avec les mains puis avec les pieds. Pour ces exercices nous présentons 3 à 4 objets qui restent à la vue du résident. Leur double est placé dans un sac aveugle dans lequel ils doivent prendre un objet. Après l'avoir exploré avec les mains, le résident doit essayer de l'associer au double placé sur la table. Nous procédons de la même façon avec les pieds. Ce travail est l'occasion de revenir sur les notions de texture, de sensations (piquant, doux, agréable, désagréable, chatouille), de matière, de taille, de forme, de consistance. Cependant, cet exercice demande de coupler deux modalités (la vision et le tact) mettant parfois en difficultés les résidents ; c'est pourquoi nous leur avons proposé un autre format d'exercice, d'avantage centré sur la sensibilité podotactile. En aveugle avec une table comme obstacle ou avec les yeux bandés, nous appuyons avec un crayon sur différentes parties du pieds (dessous, devant, derrière, dessus, côtés). Le résident doit alors localiser la stimulation, verbalement ou par désignation. Dans ce dernier cas nous nommons en même temps la partie désignée.

Un autre exercice de stimulation sensorielle, plus implicite, peut parfois être proposé au travers de parcours moteurs en utilisant différentes surfaces d'appuis (dalles sensorielles, objets de différentes textures et densités).

PARCOURS PSYCHOMOTEUR

Nous utilisons beaucoup le support des parcours moteurs qui nous permet de travailler la marche et les ajustements posturaux de manière progressive, sécurisée, ludique et implicite. Ils permettent également de mettre en application les théories écologiques selon lesquelles une coordination émerge de l'interaction entre le résident et son environnement. Notre rôle est donc d'aménager les contraintes environnementales pour faire émerger une coordination chez le patient, en fonction de ses capacités.

Nous allons ici illustrer à travers quelques exemples d'exercices comment nous travaillons sur ces différents domaines selon ces théories.

¹⁴ Tact grossier

¹⁵ Tact fin

Traces de pas

Des traces de pas (une couleur différente pour la droite et la gauche) sont disposées au sol comme illustré ci-dessous. Elles ont l'avantage d'être très abordables : elles suggèrent un déplacement, une trajectoire, une orientation et l'utilisation de deux couleurs implique une notion de latéralité sans besoin de connaissance explicite de la droite et la gauche.



Figure 5 : Illustration de l'exercice des pas

Le résident a pour seule consigne de marcher sur les traces de pas. En faisant varier l'espace entre les traces de pas nous pouvons travailler sur l'amplitude et la longueur du pas. L'avantage de cet exercice est de pouvoir travailler de manière progressive. Il nous permet également de répéter les passages, répétition nécessaire à l'apprentissage, sans fatiguer les résidents (parcours courts et possibilité d'aménager des temps de pauses).

En réduisant l'espace entre les traces de pas jusqu'à une position tandem nous réduisons le polygone de sustentation du résident dans l'équilibre dynamique. Dans une situation où le polygone est réduit l'équilibre dans la marche est plus précaire. La réalisation du parcours demande une meilleure qualité des appuis au sol et une réduction de la vitesse. Le résident a alors deux choix : modifier son comportement moteur comme décrit ci-avant pour réussir à marcher sur chaque trace sans perdre l'équilibre ou continuer sans s'ajuster aux contraintes au risque de perdre l'équilibre ou de ne pas pouvoir réaliser l'intégralité du parcours. Si cette seule contrainte ne suffit pas au résident pour s'ajuster nous pouvons lui ajouter une contrainte de

rythme. En frappant dans les mains ou en comptant nous pouvons le contraindre à réduire sa vitesse pour privilégier la qualité des appuis au sol. Enfin, toujours sur le principe d'une contrainte rythmique, nous pouvons induire des pauses dans la réalisation du parcours. Si sa vitesse est trop rapide et ses appuis superficiels, la pause induit un déséquilibre. En répétant cette contrainte sur plusieurs passages nous induisons un aspect essentiel de l'apprentissage moteur : la prédictivité. L'ampleur de la perturbation liée à l'arrêt brusque du mouvement devient prévisible et le patient peut adapter sa réponse de manière plus efficace avec l'entraînement. Enfin, les traces de pas permettent de travailler sur les trajectoires en faisant varier leur orientation.

Ce travail, une fois maîtrisé, peut être réalisé sur sol instable (ex : tapis de gym) afin de mettre en jeu d'avantage les processus d'équilibration et d'approfondir ce travail sur les appuis.

Parcours d'obstacle

Afin de travailler sur la hauteur du pas et la flexion des genoux, nous disposons une série de haies à enjamber. Les haies sont d'abord espacées pour travailler uniquement sur les aspects énoncés précédemment. Les hauteurs à enjamber peuvent varier. Nous avons remarqué que les résidents avaient tendance à diminuer la phase d'appui unipodale entre chaque passage de haies (ils enjambent toujours avec la même jambe ou font un pas entre chaque enjambée). Pour réduire cette phase d'appui et obtenir une marche plus fluide (toujours en travaillant la hauteur du pas), nous baissions au maximum les haies et les rapprochons. Le résident a pour consigne de marcher sans s'arrêter. Si cette contrainte ne suffit pas, des traces de pas entre chaque haie peut indiquer la jambe d'appui et donc permettre un changement de jambe à chaque fois sans pas intermédiaire.

Pour travailler les ajustements posturaux, les transferts d'appuis et les réflexes d'équilibration nous pouvons proposer un parcours avec des dalles de différentes tailles et des steps. Le départ et l'arrivée sont matérialisés par des cerceaux. Au sein du parcours nous pouvons placer des objets à ramasser à différentes hauteurs et distance pour travailler davantage sur les ajustements posturaux et travailler en double tâche.

Des exemples de parcours ont été illustrés ci-dessous.

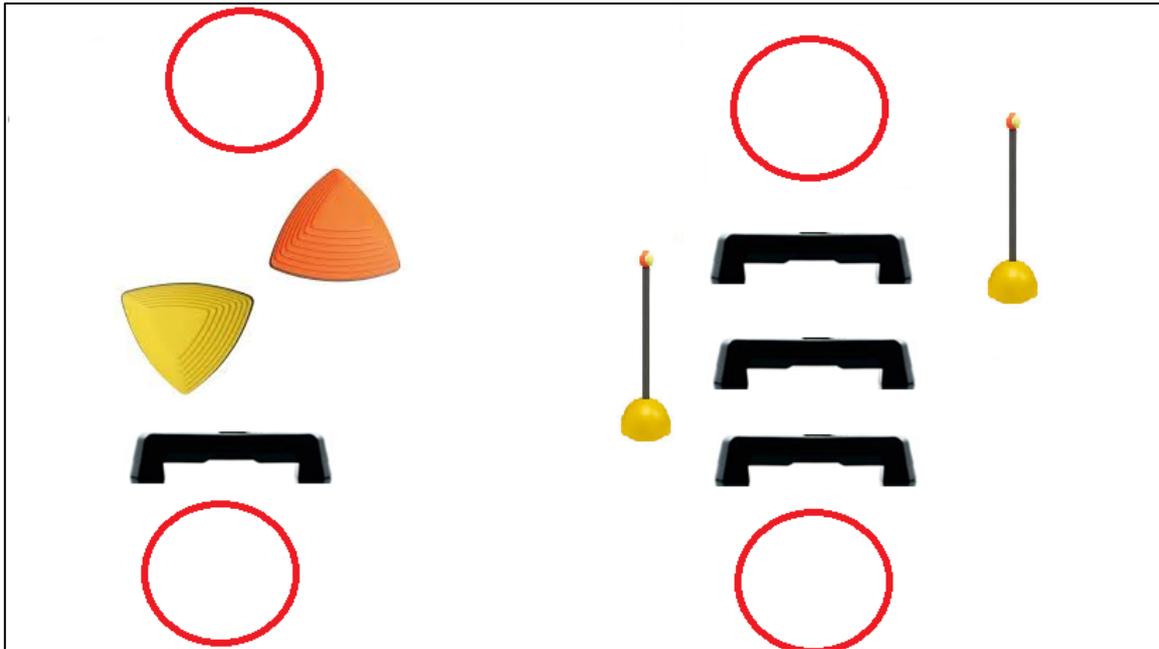


Figure 6 : Illustration d'un exercice de parcours d'obstacles

REFLEXES D'EQUILIBRATION ET DE PROTECTION

A l'aide d'une planche à bascule, sur tapis (pour limiter les mouvements de bascule) nous travaillons sur les réflexes d'équilibration.

Avec le mur dans le dos pour plus de sécurité et de réassurance, le patient expérimente les déséquilibres et s'y ajuste. C'est lui qui fait varier l'amplitude des oscillations et recherche son équilibre. Nous sommes là pour assurer sa sécurité mais n'intervenons que très peu. Nous pouvons fixer un objet sur le mur en face pour lui permettre de redresser sa posture et travailler sur la direction du regard dans le maintien de l'équilibre. Nous travaillons sur des mouvements de bascule antéro-postérieurs et médio-latéral.

Face au mur cette fois, le résident peut expérimenter des mouvements de bascule plus ample et mettre en place des réactions de protection avec les membres supérieurs lorsqu'il en a besoin. Cet exercice permet également de travailler sur le renforcement musculaire des muscles posturaux.

La séance se termine par un feedback du déroulé de la séance avant de raccompagner le résident sur son unité de vie.

B. Mr L

Mr L accepte facilement de venir en séance et demande à chaque fin de séance s'il revient le lundi suivant. Il accepte volontiers toutes les situations qu'on lui propose. Les séances et les mises en situations sont assez brèves et ses difficultés de compréhension nécessitent une simplification des consignes et des exercices.

STIMULATION SENSORIELLE

Nous avons essayé l'exercice d'appariement mais il était en difficultés et procédé par essais erreurs. Nous avons donc choisi de lui proposer des stimulations plantaires à l'aide d'un crayon avec localisation par désignation. Ce format d'exercice nous permet de nous dégager des contraintes liées aux difficultés de communication et de travailler les somatognosies qui sont déficitaire chez ce patient. Nous avons pu constater qu'au-delà de 3-4 stimulations par pieds, ses capacités attentionnelles sont saturées et l'exercice n'est plus pertinent ; il ne répond plus ou procède par essais erreurs.

Nous lui avons également proposé des stimulations podotactiles de manière plus implicite avec des parcours faisant varier les surfaces d'appui (dalles, tapis, mousses, objets).

PARCOURS PSYCHOMOTEUR

Cet exercice aucune souvent une grande partie de la séance. Il nous permet de travailler sur la réduction du polygone de sustentation dans l'équilibre dynamique, aspect qui peut le mettre en déséquilibre. Comme Mme D il a tendance à aller vite. Nous augmentons donc très progressivement les contraintes et lui proposons plusieurs passages avant chaque complexification afin de l'amener à moduler sa vitesse sans le mettre trop en déséquilibre.

Nous lui proposons également un travail sur trajectoire et les changements de direction. Il a tendance à être penché vers l'arrière et la droite, l'équilibre est alors plus difficile à maintenir dans les virages vers la droite.

Nous poursuivons par des parcours associant marche sur des steps et/ou sur des dalles afin de travailler sur la qualité des appuis, le transfert du poids du corps, les ajustements posturaux et l'équilibration. Au fur et à mesure des séances Mr L prend d'avantage son temps pour réaliser les exercices. Lorsqu'il est en déséquilibre sur un parcours il prend le temps de se rééquilibrer avant de poursuivre.

Lors des mises en situation nous avons remarqué qu'initier le pas par la jambe gauche pouvait le mettre en difficulté. Nous commençons donc les exercices en lui permettant d'initier le premier pas par la jambe droite puis, après répétition de l'exercice, nous inversons. De plus, le

levé du pas est plus limité à gauche ; nous lui proposons donc un travail sur des enjambées d'obstacle (enjambées de briques en alternants les pas, marcher en enjambant des séries de barres proches du sol).

REFLEXES D'EQUILIBRATION

Les exercices de stimulation et les parcours prennent beaucoup de temps dans la séance, nous ne lui avons donc pas encore proposé cet exercice. De plus cette planche appartient au FAM dans lequel travail la psychomotricienne qui m'accueille. Nous ne l'apportons donc pas toujours avec nous en séances.

AUTRES PROPOSITIONS D'EXERCICES ET OBSERVATIONS

Le travail sur le relevé du sol n'a pas été proposé tel que présenté en annexe (cf. annexe 3). Nous l'avons fait travaillé couché à plat ventre sur un le ballon. Il avait pour consignes d'aller chercher un objet situé en avant et revenir en arrière sur les genoux. Cet exercice permet un travail sur les ajustements posturaux, les transferts assis (au sol) et debout et le fait d'être proche du sol.

Il permet également de travailler les réflexes de protection avec les membres supérieurs. Mr L n'a montré aucune appréhension et s'est prêté très facilement à cet exercice.

IV. Evolutions et Limites

A ce jour, seulement 7 séances ont été réalisées avec ces deux patients. Ces séances s'inscrivent dans la continuité du travail autour de la prévention des chutes qui avait pu être proposé par la psychomotricienne jusqu'à mon arrivée.

C'est un laps de temps assez court pour montrer une évolution objective, d'autant qu'elles ont été très fragmentées dans le temps (absences régulières). J'ai tout de même pu observer des évolutions sur le plan comportemental et tirer quelques conclusions de ces prises en charge.

Une nouvelle évaluation par le SPPB est en cours et devrait permettre d'objectiver une possible évolution par rapport au début des séances de psychomotricité débutées il y a un an.

1. Mme D

Depuis le début du suivi en 2016, on observe des évolutions importantes chez Mme D. En effet elle marche désormais sans déambulateur, a gagné en force musculaire et a retrouvé une autonomie de déplacement. Ces progrès sont le fruit du travail mené par la psychomotricienne et le reste de l'équipe depuis 1 ans. Elle garde cependant des fragilités (faible endurance, faiblesse dans les membres inférieurs) et reste fatigable. De plus, elle a été victime ces derniers mois de plusieurs malaises qui, dans l'attente d'examens complémentaires, restreignent son autonomie.

A l'échelle de ces 7 séances on peut observer que la prise en charge est devenue pour Mme D un espace privilégié de discussion, à l'écart des autres résidents. Elle y voit également un bénéfice sur le plan moteur et accepte petit à petit des mises en situation plus variées.

Le cadre sécurisé et stimulant des séances de psychomotricité semble adapté à Mme D qui peut expérimenter à son rythme et selon ses capacités (cf. exemple du ballon page 43). Il permet de lui montrer ses limites sans la mettre en échec.

2. Mr L

Chez ce monsieur, les évolutions sont moins importantes mais il garde le plaisir de venir en séance.

Nous pouvons tout de même observer de meilleures capacités d'adaptation aux situations d'équilibre dynamique (adaptation de la vitesse en fonction de la taille du polygone de sustentation, qualité des appuis). Ces progrès restent malgré tout liés à un contexte adapté et ne sont pas forcément encore intégrés à ces schémas moteurs.

Des réajustements ont été nécessaires dans le contenu des exercices et la façon de les lui proposer. Nous avons désormais une meilleure connaissance de son fonctionnement, ses points forts et ses limites ce qui nous permet de mieux adapter les mises en situation que nous lui proposons (exercices courts, indicage externe visuel et auditif, guidage verbal et physique, simplification des consignes)

Discussion

A l'image de la résidence R, la prise en charge de la population déficiente intellectuelle vieillissante se situe au carrefour de deux problématiques. Ainsi, nous avons traité d'une part, la question du handicap intellectuel et ses spécificités (difficultés propres à la déficience et aux comorbidités, leurs influences sur la trajectoire de vie) et d'autre part la problématique de la chute dans le vieillissement. Si elles ont pu, par moments, être abordées de manière dissociée dans la partie théorique ; elles sont intrinsèquement liées et indissociables dans la pratique.

Ainsi, avec l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes déficientes intellectuelles sont confrontées aux problèmes liés au vieillissement et donc à l'augmentation du risque de chute avec l'âge ; comme nous avons pu le démontrer dans la partie théorique. C'est l'interaction entre ces différents aspects et l'expression des troubles qui rendent la prise en charge de cette population singulière.

Cette prise en charge nécessite la prise en compte d'une problématique globale afin de proposer une approche ciblée (facteurs de risque de chute) et adaptée (troubles liés à la déficience). L'utilisation de théories écologiques dans l'apprentissage moteur du contrôle postural peut être une proposition d'adaptation possible et constitue le cadre théorique de notre pratique.

Entre théorie et pratique, nous discuterons dans cette partie de l'utilisation des théories écologiques dans notre prise en charge, quels sont leurs apports et leurs limites. Nous discuterons également des limites institutionnelles à l'intégration de la prise en charge psychomotrice dans un travail pluridisciplinaire.

I. Les théories écologiques, intérêts et limites dans la prise en charge de Mme D et Mr L

Sur le plan théorique, l'approche écologique permet d'envisager l'apprentissage moteur de manière dissociée du traitement central. Elles permettent donc de penser l'apprentissage sur la base des capacités existantes de l'individu. Deux implications pratiques découlent de cet enseignement.

La première est qu'un apprentissage moteur est possible quel que soit les capacités psychomotrices de base des sujets. Elles sont donc particulièrement indiquées chez nos patients dont la déficience intellectuelle impose de passer par un apprentissage bottom-up. En effet, l'apprentissage selon un mode top down nécessite une connaissance par le patient de ce qu'il y a à apprendre (objectif, moyens), de ses capacités, de ses limites et de mettre en place des stratégies conscientes et volontaires. Grâce aux théories écologiques, l'apprentissage moteur des aspects impliqués dans l'équilibre statique et dynamique (ajustements posturaux, réflexes d'équilibration, réflexes de protection et des aspects de la marche) est donc possible.

La seconde implication est que nous pouvons proposer un même travail axé sur la prévention de la chute à des patients aux profils différents en termes de capacités psychomotrices et de marges de progression. Les patients se saisissent des informations de l'environnement pour perfectionner et diversifier leurs patrons de coordinations. Cet apprentissage est de fait progressif et adapté à leurs capacités.

On peut cependant se poser la question de la dépendance de l'habiletés travaillé aux conditions particulières dans lesquelles elles ont été développées. Est-ce que nos patients sont capables de généraliser cet apprentissage dans un environnement et des conditions de feedback différents ? Sont-ils davantage capables de s'adapter aux variations environnementales ? Je n'ai pas d'éléments suffisants à ce jour pour émettre des hypothèses.

De plus, l'utilisation de ces théories paraît difficilement applicable aux apprentissages moteurs nécessitant un apprentissage d'actions séquencées comme c'est le cas dans l'apprentissage du relevé du sol.

marche, marcher sur de courtes distances avec un accompagnement, disposer des chaises dans le couloir pour lui permettre de s'asseoir si elle fatigue et ainsi de limiter le risque de chute lié à cette fatigue, orientation vers un autre professionnel pour la question du chaussage). Cependant, il aurait été intéressant de discuter de ces aménagements avec l'ensemble de l'équipe qui est amené à travailler avec cette dame pour trouver les solutions les plus adaptées de relayer l'information auprès de tous les professionnels. Ces échanges nous permettraient également, en fonction de nos observations respectives, de privilégier certains axes de travail pour lui permettre de regagner en autonomie dans la vie quotidienne (ex : transferts coucher-assis ou assis-debout).

Conclusion

Avec l'avancée en âge des adultes déficients intellectuels de nouvelles problématiques liées au vieillissement émergent et nécessitent la mise en place d'actions de prévention. Parmi ces nouvelles problématiques ; la chute. La prévention de la chute doit coordonner l'ensemble des professionnels autour d'une prise en charge multifactorielle des facteurs de risque de chute.

Pour se dégager des contraintes liées aux difficultés cognitives et langagières inhérentes à la déficience dans cette prise en en charge, le psychomotricien peut s'appuyer sur les théories écologiques comme nous avons pu le voir dans le cas de Mr L et Mme D. Le cadre général des séances de psychomotricité a ainsi permis de proposer à ces deux patients d'expérimenter des mises en situation, axées sur les adaptations posturales et la marche, et d'évoluer à leur rythme. Ces théories restent un outil parmi tant d'autres à la disposition du psychomotricien qui doit puiser dans ses connaissances théoriques, son expérience et dans la littérature scientifique pour proposer une prise en charge adaptée. Cette prise en charge doit être le fruit d'une évaluation pluridisciplinaire et d'une réflexion d'équipe. Elle se veut évolutive et doit s'ajuster tout au long du suivi en fonction des réévaluations régulières.

Le vieillissement de la population déficiente intellectuelle questionne donc les dispositifs sanitaires et sociaux sur la qualité de leur accompagnement, lequel requiert l'intervention de professionnels formés aux spécificités du handicap et sensibilisés au phénomène du vieillissement et de ses conséquences. Par son approche globale du comportement psychomoteur, ses connaissances théoriques et ses outils pratiques, le psychomotricien est donc à même d'intervenir auprès de cette population, au-delà de la prévention des chutes.

Bibliographie

Ouvrages et articles

Albaret, J., & Aubert, E. (2001). *Veillissement et psychomotricité*. Groupe de Boeck.

Azéma, B., & Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature. *Revue française des affaires sociales*(2), pp. 295-333.

Bittles, A. H., Petterson, B. A., Sullivan, S. G., Hussain, R., Glasson, E. J., & Montgomery, P. D. (2002). The influence of intellectual disability on life expectancy. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), pp. M470-M472.

Bonnet, J.-P., & Bonnet, C. (2008). *Théories de l'apprentissage moteur : étude comparée*. Actio.

Bussy, G., & des Portes, V. (2008). Définition du retard mental, épidémiologie, évaluation clinique. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 11(4), pp. 196-201.

Carlier, M., & Ayoun, C. (2007). *Déficiences intellectuelles et intégration sociale*. Mardaga.

Carmeli, E., Zinger-Vaknin, T., Morad, M., & Merrick, J. (2005). Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability? *Mechanisms of ageing and development*, 126, 2, 299-304.

Cox, C., Clemson, L., Stancliffe, R., Durvasula, S., & Sherrington, C. (2010). Incidence of and risk factors for falls among adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(12), 1045–1057.

Deb, S. (2003). Dementia in people with an intellectual disability. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(2), pp. 137-144.

Décamps, G. (2012). *Psychologie du sport et de la performance*. De Boeck.

Desmurget, M. (2006). *Imitation et apprentissages moteurs: des neurones miroirs à la pédagogie du geste sportif*. Groupe de Boeck.

Facon, B. (2002). Vieillissement cognitif et retard mental. Une analyse transversale des performances intellectuelles d'adultes retardés mentaux. *L'année psychologique*, 102(2), pp. 235-253.

Fontaine, R., & Pennequin, V. (1997). De la vieillesse optimale à la vieillesse réussie. *Psychologie française*, 42(4), pp. 345-353.

Gabbai, P. (2004). Longévité et avance en âge. *Gérontologie et société*(3), pp. 47-73.

Guitard, S., Basse, I., & Albaret, J. (2005). Evaluation de l'efficacité d'un protocole de rééducation de l'équilibre. *Entretiens de Psychomotricité*, pp. 75-86.

Horak, F., Shupert, C., & Mirka, A. (1989). Components of postural dyscontrol in the elderly: a review. *Neurobiology of aging*, 10(6), pp. 727-738.

Lacour, M. (2013). Physiologie de l'équilibre : des modèles génétiques aux conceptions cognitivistes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Podologie*, 9(1), pp. 1-7.

Larousse, P., & Augé, C. (1959). *Petit Larousse*. Paris: Librairie Larousse.

Le Deun, P., & Gentric, A. (2007). Vieillesse réussie. *Médecine thérapeutique*, 13(1), pp. 3-16.

Leroux, P. (2004). Santé et vieillissement des travailleurs en CAT. *Gérontologie et société*(3), pp. 229-250.

Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2011). Le développement psychomoteur. Dans P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 60-70). Marseille, Solal.

Récopé, M. (2001). *L'apprentissage*. (Paris, Éd.) Revue EPS.

Ruel, J., & Arvisais, L. (2009). Personnes vieillissantes, information et littératie. *Revue francophone de la déficience*, pp. 106-113.

Santé, H. A. (2009). Synthèse des recommandations professionnelles sur l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Paris : HAS.

Wagemans, A. M., & Cluitemans, J. J. (2006). Falls and fractures: a major health risk for adults with intellectual disabilities in residential settings. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(2), pp. 136-138.

Manuels de classifications

- DSM-V

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

- CIM-10

De La Santé, O. M. (1993). CIM 10-Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.

Site internet

Unapei.org

Annexe

ANNEXE 1

Procédure de relevé du sol issue d'un document de formation

Résumé

L'accroissement considérable de l'espérance de vie des personnes déficientes intellectuelles au cours du 20^{ème} siècle (Azéma & Martinez, 2005) s'accompagne d'une nouvelle problématique liée au vieillissement ; la chute. Par son approche globale de cette problématique, le psychomotricien est un acteur privilégié dans la prévention de la chute.

En quoi la prévention de la chute auprès de cette population émergente est-elle spécifique ? J'illustrerais au travers de deux cas cliniques la spécificité de cette prise en charge et le cadre théorique qui a guidé ma pratique.

Mots clés : Déficience intellectuelle, Handicap, Vieillesse, Chute, Prévention, Autonomie

Abstract

The significant increase of life expectancy of people with intellectual disabilities during the 20th century (Azéma & Martinez, 2005) is linked with a new problem related to aging; the fall. By its comprehensive approach to this problem, the psychomotrician is a privileged player in the fall prevention.

How is the prevention of fall for this emerging population specific ?

I will illustrate the specificity of this management and the theoretical framework that has guided my practice through two clinical cases.

Key Words : Intellectual disability, Disabilities, Aging, Fall, Prevention, Autonomy