

Université Toulouse III
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

De l'explicite à l'implicite

Une confrontation sur une expérience en Foyer de Vie

Laurie-Anne Tissier

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien
Juin 2010

Afin d'assurer une bonne mise en lien des informations théoriques et pratiques, j'ai choisi de ne pas exposer les deux successivement. La théorie et la pratique sont ainsi mêlées tout au long de la présentation. Dans la première partie, de la pratique sera inclus dans la théorie : les observations cliniques concernant Monsieur M. seront encadrées. Dans la seconde partie, de la théorie sera incluse dans la pratique, ces apports théoriques seront encadrés.

Introduction	7
Première partie : le cadre.....	8
I. Présentation de l'institution.....	10
1. L'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (A.R.S.E.A.A).....	10
2. Mission de l'établissement	10
3. Objectifs et principes d'action.....	11
3.1 Projet institutionnel	11
3.2 Projet personnalisé	11
4. Admission.....	12
5. Le Foyer de vie « Les Marronniers »	12
5.1 Les espaces, les locaux, le cadre de vie.....	12
5.2 Les professionnels de l'établissement	12
5.3 Les prestations socio-éducatives, animation et socialisation	13
5.4 Prestations médicales et paramédicales.....	14
5.4.1 Prestations médicales	14
5.4.2 La psychomotricité.....	14
5.4.3 Les soins psychiques	16
5.4.4 Le suivi psychologique.....	16
II. Présentation de Monsieur M. et son inscription au sein du Foyer de vie.....	17
1. Présentation générale.....	17
2. Environnement familial et activités extérieures	18
3. Parcours institutionnel.....	19
4. Anamnèse	19
5. Les suivis médicaux et paramédicaux	20
5.1 Neurologie.....	20
5.2 Ophtalmologie.....	20
5.3 Psychomotricité.....	20
5.4 Orthophonie.....	21
6. Les données relatives à la sphère éducative	22
6.1 L'autonomie dans la vie journalière.....	22
6.2 Socialisation	23
6.3 Activités intérieures.....	23
6.4 Projet éducatif individualisé de Monsieur M.	24

III.	L'apport théorique.....	25
1.	La déficience intellectuelle.....	25
1.1	Définition	25
1.2	Notion de niveaux	25
1.3	Les étiologies.....	26
1.4	Prévalence	26
1.5	Troubles associés.....	27
1.6	Distinction selon Wood (1980)	27
2.	Le handicap périnatal	27
2.1	La prématurité	28
2.2	La souffrance fœtale et les lésions cérébrales périnatales.....	28
3.	Les crises convulsives	29
3.1	Définition	29
3.2	Traitement	29
3.2.1	Le Gardenal ou Phénobarbital.....	29
3.2.2	La Dépakine ou Acide valproïque.....	30
3.2.3	Conduite du traitement	30
4.	La méningite bactérienne	30
4.1	Définition	30
4.2	Séquelles.....	31
5.	L'hydrocéphalie	31
5.1	Définition	31
5.2	La dérivation ventriculopéritonéale	31
Deuxième partie : ma démarche psychomotrice		32
I.	L'évaluation initiale	34
1.	Les difficultés de l'évaluation	34
1.1	Variations inter-individuelles.....	34
1.2	Variations intra-individuelles.....	34
1.3	L'examineur	35
2.	Evaluation de Monsieur M.	35
2.1	L'analyse fonctionnelle	35
2.2	Le bilan initial, outils et adaptations	36
2.2.1	Traits cognitifs et comportementaux dégagés.....	36

2.2.2 Mises en situation, observation dirigée	37
2.2.3 Les tests psychomoteurs.....	41
2.3 Rencontres avec les intervenants.....	43
2.3.1 Internat	43
2.3.2 Externat	43
II. Projet thérapeutique et axes de travail.....	45
1. Ce qui justifie une prise en charge psychomotrice.....	45
2. Déterminer des axes de travail	45
2.1 Expliquer l'agitation et les comportements problématiques	45
2.2 Choix des axes de travail.....	48
2.2.1 Le temps	48
2.2.2 L'espace	48
2.2.3 La relaxation.....	49
III. En pratique	50
1. Méthodologie de groupe.....	50
1.1 Relancer le travail sur le repérage temporel.....	50
1.2 Réajuster le mode de repérage	50
2. La prise en charge en individuelle.....	51
2.1 Prendre une suite	51
2.2 Tentative d'ajouts de nouveaux éléments	51
2.2.1 Le trajet	51
2.2.2 Le travail en salle	52
2.2.3 Nécessité d'aménagements ?.....	53
IV. L'approche psychomotrice et l'apport de la psychomotricité en Foyer de vie à travers le cas de Monsieur M. et à partir de ma position de stagiaire	54
1. La relation thérapeutique.....	54
2. Prendre en compte la personne dans sa globalité et la singularité de son histoire	55
3. Donner une nouvelle forme à la prise en charge.....	57
3.1 D'une approche orientée vers le déficit à une approche orientée vers le renforcement de comportements positifs	57
3.2 Faire un avantage de la prise en charge individuelle en salle	59
3.3 Les aspects psychomoteurs	60
3.3.1 Attention soutenue.....	60

3.3.2 Succession	60
3.3.3 Relaxation.....	61
Conclusion.....	63
Annexes.....	64

INTRODUCTION

Le Foyer de vie « Les Marronniers » au sein duquel j'ai eu l'opportunité de faire un stage accueille des adultes qui présentent un handicap mental occasionnant une perte d'autonomie d'intensité variable et nécessitant un accompagnement spécialisé.

Dès mon arrivée au Foyer de vie, à la vue de la diversité de la population accueillie, et me positionnant en tant que future professionnelle, je me suis posée de nombreuses questions concernant l'approche psychomotrice d'un résident de Foyer de vie.

Un adulte en particulier, Monsieur M., a attiré mon attention non seulement de part sa symptomatologie mais aussi de part le fait qu'il avait intégré le Foyer de vie depuis peu de temps.

C'est à travers l'intégration de Monsieur M. et mon travail autour de sa prise en charge psychomotrice que j'ai tenté d'apporter une réponse à mes questionnements. Cependant, par la suite, d'autres questionnements me sont apparus et le travail que j'ai effectué auprès de Monsieur M. m'a fait remettre en question toutes mes certitudes.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE

Dans cette première partie je commencerais tout d'abord par présenter le Foyer de vie, il me semble qu'une des premières précautions à prendre avant de débiter tout travail en institution est la prise de connaissance ainsi que la compréhension du fonctionnement de la structure. Le travail du psychomotricien devra s'inscrire dans ce fonctionnement et être en accord avec le projet de l'établissement.

Ensuite, je ferais une présentation générale de Monsieur M., jeune adulte à partir duquel j'illustrerais mon travail et ma démarche.

Enfin j'apporterais quelques données théoriques, qui me semblent un préalable essentiel, car elles font parti de la compréhension du cas et me permettront de guider mon approche psychomotrice.

I. Présentation de l'institution

Le centre « Les Marronniers », anciennement Institut Médico Educatif, existe depuis 1959, il a été agréé en Foyer de vie et Maison d'accueil spécialisée en avril 1989. Depuis octobre 1987, il est géré par l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (A.R.S.E.A.A).

1. L'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (A.R.S.E.A.A)

L'ARSEAA a pour mission d'accueillir toute personne souffrant de difficultés psychiques ou relationnelles, en risque d'une marginalisation voire d'exclusion sociale. Son action est guidée par le respect de la personne -appréhendée dans sa globalité physique et mentale, son environnement familial et social et sa citoyenneté- dont l'intérêt est placé au premier plan.

2. Mission de l'établissement

Le foyer de vie « Les Marronniers » accueille des adultes présentant un retard mental moyen à profond associé parfois à:

- des troubles envahissant du développement
- des schizophrénies d'évolution déficitaire
- des schizophrénies dysthymiques
- une comitialité

Ces adultes nécessitent donc une prise en charge thérapeutique, éducative, et rééducative importante dans un cadre protégé. Le Foyer de vie a pour mission d'apporter une réponse socio-éducative aux difficultés de ces adultes avec un soutien médico-psychologique adapté.

3. Objectifs et principes d'action

3.1 Projet institutionnel

L'objectif du projet institutionnel est de permettre dans le respect des droits de la personne accueillie:

- d'atténuer les souffrances psychiques et/ou physiques
- de développer ou maintenir les capacités d'autonomie relationnelles et sociales
- de rechercher l'épanouissement personnel au quotidien
- de favoriser les apprentissages

3.2 Projet personnalisé

Les principes d'action visent à la mise en place d'un projet individualisé d'accompagnement, au plus près des besoins spécifiques de la personne accueillie et qui tend à concilier les différents aspects de la vie du résident qui sont l'hébergement, l'animation, la vie sociale, et l'aide aux difficultés spécifiques. Ce projet garanti:

- une prise en compte de la personne handicapée dans sa globalité, la singularité de son histoire et de ses capacités d'évolution
- une qualité de vie affective, matérielle et relationnelle dans un environnement confortable assurant une sécurité physique et psychique
- une qualité du soin
- un accompagnement pluri-professionnel en recherche d'évolution et d'évaluation
- une intégration dans un collectif institutionnel ouvert à l'environnement social ordinaire

Ce projet est garanti par une équipe pluridisciplinaire et revu annuellement. Après l'admission, dans un délai de 6 mois qui suit le jour d'entrée du résident, une coordination pluridisciplinaire permet d'arrêter les orientations du projet individuel de la personne. Une rencontre avec les parents ou le représentant légal et la personne accueillie permet de finaliser le projet individuel. Un référent éducatif est désigné, il est chargé de coordonner les différentes actions, d'en garantir leur suivi et d'en assurer leur évaluation dans le cadre de bilan d'évolution ou synthèse.

4. Admission

La procédure d'admission se déroule en deux phases:

-un pré-examen qui permet de reprendre l'histoire du sujet, de sa maladie, des traitements entrepris, des placements antérieurs, et qui permet de mentionner le degré d'autonomie de vie quotidienne, relationnelle et sociale, les capacités d'adaptation et le degré d'investissement dans les activités et les ateliers.

-un temps d'évaluation, d'abord sur une journée. Un premier temps de rencontre permettra au futur résident de faire connaissance avec la structure, à l'issue de cette journée un ou plusieurs stages de quelques jours peuvent être proposés, afin de favoriser une évaluation plus complète et plus précise de la personne, faciliter son intégration et lui permettre une adaptation à minima de la situation et du contexte institutionnel.

5. Le Foyer de vie « Les Marronniers »

5.1 Les espaces, les locaux, le cadre de vie

Le Foyer de vie se compose de:

- 54 places en internat, ce sont des collectifs traditionnels par unité de vie de 7 à 8 personnes.
- 2 places en externat, ce sont deux appartements individuels, permettant à 2 personnes d'exercer leurs capacités d'autonomie dans le milieu ordinaire.
- 4 places d'accueil temporaire

5.2 Les professionnels de l'établissement

L'équipe de direction se compose du directeur, du directeur adjoint et du chef de service.

L'équipe administrative se compose du responsable du service gestion, de l'accueil, de secrétaires et d'un comptable.

L'équipe éducative et d'animation se compose d'éducateurs spécialisés, d'un éducateur sportif, d'aides médico-psychologiques, de moniteurs d'atelier et d'une conseillère en économie sociale et familiale.

L'équipe médicale et paramédicale se compose d'un médecin psychiatre et un médecin généraliste, d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'infirmiers et d'un aide soignant accompagnateur.

Le service social se compose d'une assistante sociale, elle apporte aide, conseil et soutien au résident et à sa famille dans les démarches administratives et dans l'accès aux aides financières.

L'équipe hôtelière comprend une équipe de restauration en lien avec une cuisine centrale, une équipe d'agents assurant l'hygiène des locaux, une équipe de lingerie et de buanderie et enfin une équipe d'entretien des bâtiments, des matériels, des véhicules et des espaces extérieurs.

L'équipe de nuit se compose d'aides soignants et de surveillants, elle se coordonne avec les éducateurs et les personnels soignants pour assurer une continuité des services et des soins.

5.3 Les prestations socio-éducatives, animation et socialisation

La vie au sein de petits collectifs permet d'offrir un cadre sécurisant, c'est un champ d'expérimentation sociale avec ses règles et ses contraintes. Chaque unité est accompagnée par une équipe éducative qui assure la gestion du quotidien et l'animation d'activités. En effet, le service éducatif d'internat accompagne au quotidien chaque personne accueillie dans son hygiène corporelle, sa propreté vestimentaire, l'entretien de sa chambre, la gestion de l'argent, l'organisation des sorties, des activités et des loisirs.

Selon un emploi du temps hebdomadaire, chaque résident participe de 10 h à 17 h à des ateliers assurés par:

- les animateurs d'externat que sont les éducateurs sportifs et les moniteurs d'atelier, l'externat permet une activité hors du cadre de vie habituel qui répond à un rythme spécifique.
- les animateurs d'internat que sont les éducateurs spécialisés et les aides médico psychologiques, l'activité en internat assure la continuité du fonctionnement quotidien.

Ces ateliers accueillent des résidents de divers groupes, ils favorisent les rencontres et les échanges. Ils permettent des repères dans le temps, l'espace et les personnes.

Les animateurs d'internat et d'externat proposent trois types d'ateliers:

- activités occupationnelles ou à vocation sociale (horticulture, entretien des espaces verts, jardinage, repassage...), elles permettent la réalisation de services utiles au travers de l'apprentissage de gestes simples ou plus complexes. Des contrats avec des particuliers ou des collectivités assurent les échanges sociaux.

-activités sportives (parcours de santé, piscine, aquagym, gymnastique douce, escalade...), elles assurent un entretien moteur et des échanges avec d'autres adultes par le biais notamment de rencontres sportives.

-activités d'expression et de communication (terre, groupe de parole, peinture, conte, musique), elles participent à développer les capacités sensorielles, imaginatives, adaptatives et relationnelles.

Afin d'entretenir les contacts avec l'extérieur, des sorties thématiques orientées vers la socialisation et les loisirs sont régulièrement proposées. Des séjours adaptés en fonction du projet individualisé pourront être organisés.

5.4 Prestations médicales et paramédicales

Le soin est défini comme une action conjuguée, réfléchie et continue d'une équipe pluridisciplinaire. Les difficultés somatiques, fonctionnelles ou psychiques nécessitent une interdépendance étroite et coordonnée entre les équipes éducatives, l'équipe d'infirmiers et les médecins généralistes et psychiatres de l'établissement. Le soin suppose une capacité de l'équipe à réajuster de façon continue le mode de prise en charge. Au foyer de vie, il s'organise sous la responsabilité du médecin psychiatre et du médecin généraliste.

5.4.1 Prestations médicales

L'équipe médicale assure les actions préventives, les soins quotidiens, les gestes dans l'urgence et le suivi des divers soins et des traitements (psychiatriques et somatiques) en fonction des prescriptions médicales et des besoins particuliers, ainsi que les suivis de l'état général de santé des résidents.

5.4.2 La psychomotricité

Après l'évaluation des besoins des résidents en équipe pluridisciplinaire, un suivi psychomoteur peut être envisagé pour améliorer ou soutenir la vie quotidienne et relationnelle des résidents. Les prises en charge en psychomotricité sont prescrites par le médecin de l'institution. La prise en charge proposée devra faire lien avec le projet individualisé.

En fonction des besoins, une prise en charge individuelle ou en groupe sera proposée.
Les objectifs sont:

-améliorer ou maintenir la connaissance du corps

- favoriser une mobilisation corporelle afin de maîtriser et d'affiner les gestes sur le plan général ou en motricité fine (contrôle tonique et coordination)
- aborder certains comportements problématiques pouvant avoir des répercussions sur les activités corporelles, relationnelles et cognitives tels que les problèmes d'attention, d'impulsivité ou inversement les problèmes de repli
- soutien voire développement des acquis scolaires et préscolaires tels que la reconnaissance perceptive, les notions spatiales et les comparaisons numériques.

Les prises en charge individuelles permettront de maintenir les acquis scolaires ou d'envisager des apprentissages scolaires dans le but de soutenir ou de développer l'autonomie du résident. Ce travail permettra tout autant de travailler sur l'estime de soi et d'aborder des comportements problématiques. En effet la prise en charge en individuelle offre un espace et un moment privilégié au résident qui y participe, il apprendra dans cet espace à prendre en compte l'autre et à respecter les règles. Des prises en charge individuelles peuvent être également proposées ponctuellement en cas de passage difficile pour certains résidents.

Les prises en charge en groupe vont concerner les résidents du Foyer de vie mais aussi les résidents de la Maison d'accueil spécialisée. La psychomotricienne, en collaboration avec les équipes éducatives participe à la mobilisation motrice des résidents, notamment à travers le parcours de santé, de plus en plus en demande du fait de l'avancée en âge des résidents. Elle propose aussi des ateliers d'éveil sensoriels par le biais de l'utilisation d'une salle Snoezelen. Ceci permet d'aborder la notion de détente et de relaxation.

Les espaces de rééducations au sein de l'établissement comprennent une salle de psychomotricité, une piscine et un parcours sportif dans le parc de l'institution. Les médiations seront adaptées aux besoins et choisies en fonction des objectifs et de l'intérêt des résidents.

La psychomotricienne propose aussi des repas thérapeutique, permettant ainsi le soutien des gestes de la vie courante mais aussi un travail de socialisation. De façon ponctuelle et suite à une demande de l'équipe éducative, la psychomotricienne peut intervenir dans la vie courante dans l'évaluation, notamment au moment des repas.

Elle participe à l'élaboration des projets personnalisés et à leur réajustement. L'intérêt des prises en charge pourra être évalué en cours d'année lors des réunions sur les projets individualisés.

La psychomotricienne est donc actrice au même titre que les autres techniciens du projet de vie de chaque résident.

5.4.3 Les soins psychiques

La souffrance psychique est l'affaire de chaque professionnel. Elle fait l'objet d'une prise en charge directe par le biais d'entretiens avec le résident ou de recueil d'observations rapportées à l'équipe, mais aussi d'un travail indirect, dans l'après-coup, sous forme d'études de situation.

5.4.4 Le suivi psychologique

Des entretiens psychologiques individuels peuvent être proposés à la demande du résident ou par l'intermédiaire d'un professionnel. Ces rencontres permettent, par un travail d'écoute, de réguler les manifestations d'angoisse pathologique et les troubles socio-relationnels qui en découlent.

Des groupes de « parole » à visée thérapeutique sont proposés à des résidents qui ont des capacités de verbalisation ou d'ouverture relationnelle et sociale suffisantes.

II. Présentation de Monsieur M. et son inscription au sein du Foyer de vie

1. Présentation générale

Monsieur M. est un jeune homme de 26 ans. Il présente un handicap mental suite à des séquelles neurologiques néonatales. Il réside au foyer de vie depuis le 28 juillet 2008.

C'est un jeune homme grand et mince, de bonne présentation, il porte des lunettes derrière lesquelles on devine un strabisme. Et, malgré un mouvement rotatoire lent de la tête, il peut donner l'illusion de quelqu'un de « normal » physiquement. Cependant son handicap fait de lui quelqu'un de dépendant à l'adulte qui l'accompagne.

Monsieur M. est agréable et chaleureux. Il recherche un repère fiable chez les adultes et sait se faire apprécier pour fédérer le maximum d'attention nécessaire à son environnement.

Il a un bon niveau verbal, son lexique est riche et il parle facilement mais très vite on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de répétitions dans son discours, il n'est pas structuré, le contenu est dispersé et des associations d'idées engendrent un discours incohérent. Monsieur M. semble surchargé, agité, voire paniqué par moments, et l'exprime: il répète tout ce qu'il doit faire, revient sur les mêmes faits et problèmes qui le préoccupent. Le temps semble source d'angoisse pour lui. Cela l'envahit quasi constamment. Il exprime ces tensions à grand coup de vulgarités, il adopte souvent un ton râleur.

Monsieur M. a une bonne compréhension du langage verbal mais il peut être vite déstabilisé lorsqu'on lui pose une question ou qu'on lui demande quelque chose. Parfois dans ces moments il présente une écholalie et il faut recadrer le contenu du discours. Il peut arriver qu'il lui soit impossible de se fixer sur ce qu'on lui demande. Cependant Monsieur M. est très réceptif et réactif au rire et à l'humour ce qui permet de dédramatiser la situation et resituer les choses sur le moment.

Ce qui m'a interpellé chez Monsieur M. c'est ce paradoxe entre le jeune homme de bonne présentation au langage élaboré et le déficit des processus cognitifs que la désorganisation du contenu du discours suppose. Ainsi que l'angoisse qu'elle semble révéler.

2. Environnement familial et activités extérieures

Les parents de Monsieur M. sont séparés.

Le père est né le 18 novembre 1959, il est pilote de chasse dans l'armée de l'air et vit maritalement.

La mère est née le 26 décembre 1965, elle est cadre et vit maritalement avec Monsieur H., éducateur.

La fratrie:

-Une sœur, C., née le 10 juillet 1988, étudiante.

-Une demi-sœur, L., née le 6 décembre 2001, de l'union entre la mère et Monsieur H, scolarisée en école primaire.

Monsieur M. vit avec sa mère, ses sœurs et son beau père. Il ne voit plus son père. Il rentre dans sa famille un week-end sur deux, il fait des sorties avec ses parents et voit sa famille proche. Son beau père s'occupe beaucoup de lui. Il arrive parfois à Monsieur M. d'être nostalgique le dimanche soir à son retour sur le Foyer de vie. Il parle beaucoup de sa petite sœur L. Monsieur M. et ses parents adhéraient à la procédure d'orientation, car Monsieur M. était sans orientation depuis 5 ans. Il souhaitait avoir une vie à lui ajoutée à sa vie de famille.

3. Parcours institutionnel

Septembre 1986, à l'âge de 3 ans: Scolarisation en petite section de maternelle qui fut un échec.

Septembre 1987: Scolarisation en maternelle privée à mi-temps, l'autre moitié du temps avec une prise en charge éducative à domicile, ce durant 3 ans.

Septembre 1990, à l'âge de 7 ans: Hôpital de jour, Nancy (54).

Septembre 1991: Institut Médico Educatif (IME), Nancy, demi-pensionnaire.

Septembre 1993, à l'âge de 10 ans: IME, A.D.A.P.E.I, Tours (37), demi-pensionnaire.

Septembre 1996: Changement d'IME, Tours, internat. Ce jusqu'en Juin 2000.

Février 2001: IME «Alouette» A.D.A.P.E.I, Bordeaux (33), demi-pensionnaire, section des premiers apprentissages. En Septembre 2001 il sera orienté sur la section thérapeutique.

Juin 2003, à l'âge de 20 ans: Retour à domicile, déménagement en Haute Garonne (31).

Fin mai et début juillet 2008: Séjours temporaires au Foyer de vie « Les Marronniers », Cepet (31).

Juillet 2008: « Les Marronniers », internat sur la section Foyer de vie, groupe: Combelle.

4. Anamnèse

La grossesse s'est déroulée normalement selon la mère, chez une maman jeune. Monsieur M. est né le 3 mai 1983. Il est né prématuré de 5 semaines avec un poids de naissance à 2300 grammes. Le score Apgar était de 10 à 1 minutes puis de 2 à 5 minutes. Monsieur M. a présenté une hémorragie cérébro-méningée ayant provoqué un arrêt respiratoire, ce dernier a nécessité une réanimation. Il a été hospitalisé un mois en réanimation et a ensuite été hospitalisé 4 mois en service de neurochirurgie pour cause d'hydrocéphalie. Une dérivation externe a d'abord été posée puis une valve ventriculopéritonéale a fait suite. A l'âge de 1 an on relève une méningite bactérienne. Il aurait aussi fait plusieurs épisodes de convulsions hyperthermiques pour lesquelles un traitement en monothérapie par Gardenal puis Dépakine a été mis en place, le traitement a été arrêté à l'âge de 10 ans.

Concernant le développement, on constate un strabisme persistant à 8 mois et demi. Aussi, Monsieur M. a présenté un retard de développement: il acquiert la station debout à 20 mois, la marche a été acquise à 2 ans, la propreté diurne a été acquise à 3 ans et la propreté nocturne à 4 ans. Par la suite, il a conservé un retard de développement avec quelques troubles comportementaux. Concernant le développement du langage, à 2 ans Monsieur M. obéit à un ordre

simple et ne juxtapose pas deux mots. A l'âge de 4 ans il apparait que Monsieur M. a fait beaucoup de progrès concernant le langage et il n'y pas de trouble de l'articulation.

5. Les suivis médicaux et paramédicaux

5.1 Neurologie

Concernant la valve de dérivation ventriculopéritonéale, la dernière intervention a eu lieu en Avril 2008, il a été nécessaire de lui changer complètement le système de dérivation. Actuellement, dans le cas où l'on noterait des problèmes digestifs, modifications neurologiques ou des troubles du comportement tels que la somnolence, une consultation de contrôle s'impose.

Un examen neurologique avant son entrée aux « Marronniers » faisait état d'éléments pathologiques du système nerveux tels que des tremblements et une diminution de la sensibilité à la douleur. On ne relève rien au niveau locomoteur ni au niveau cardiovasculaire.

5.2 Ophtalmologie

La dernière consultation date de Janvier 2009, Monsieur M. présente une hypermétropie et un strabisme divergent intermittent alterne.

5.3 Psychomotricité

Nous disposons de très peu de données pouvant concerner des suivis antérieurs en psychomotricité. Il est suivi une fois par semaine, en individuel, à son entrée en IME en 2001 et nous pouvons relever:

- des difficultés dans la compréhension des consignes
- des troubles de l'attention
- des efforts et un investissement dans la prise en charge et le travail proposé
- des acquis fragiles mais des progrès possibles à force de répétitions

A son arrivée au Foyer de vie, en septembre 2008, l'évaluation psychomotrice fait état d'impulsivité et de difficultés attentionnelles. Elle révèle une hypertonie au repos ainsi qu'une dystonie au niveau de la nuque. Par ailleurs de grosses difficultés au niveau spatial et temporel sont soulevées: Monsieur M. se repère très difficilement sur son lieu de vie et ne se repère pas sur une

journée. Enfin, on souligne une très bonne reconnaissance perceptive. Monsieur M. est très sensible et réceptif aux icones. La latéralité de Monsieur M. est établie à droite.

Depuis son arrivée sur le Foyer de vie, Monsieur M. est suivi en psychomotricité une fois par semaine, un travail sur le repérage temporel a été entrepris, en parallèle un travail en relaxation a été mis en place.

5.4 Orthophonie

Monsieur M. n'a pas bénéficié d'une prise en charge en orthophonie, il semble qu'un rapport au concret parait plus approprié qu'une prise en charge orthophonique individuelle ou en groupe où la mise en situation langagière favoriserait la déviance du discours.

Un bilan orthophonique a été demandé à son arrivé en 2008.

6. Les données relatives à la sphère éducative

6.1 L'autonomie dans la vie journalière

Monsieur M. ne présente aucune initiative dans l'entretien de son espace de vie, il faut sans cesse le stimuler pour tous les actes de la vie quotidienne, il ne suit pas son élan si l'entourage ne l'y maintient plus. La stimulation se limite à un rappel verbal.

Concernant l'autonomie au cours des repas, Monsieur M. mange seul, calmement et proprement. Il peut débarrasser et mettre la table.

Concernant la toilette, Monsieur M. prépare ses affaires seul, se rase, se lave et se brosse les dents seul. Il faut cependant lui rappeler le moment d'y aller. L'apprentissage de la toilette a pu se faire suite à un aménagement mis en place par la mère de Monsieur M.: un magnétophone lui récitait la chronologie de sa toilette.

Monsieur M. s'habille seul, il se boutonne et fait ses lacets. Il prépare ses habits seul la veille, rituel qui semble le rassurer, les vêtements sont adaptés selon la saison ou l'activité. Il prépare son sac pour le week-end seul.

En ce qui concerne le sommeil, Monsieur M. ne pose pas de problème la nuit, il est cependant le premier de son groupe de vie à se lever le matin.

A son arrivée sur le centre, il présentait des difficultés pour repérer les gens ou les lieux, aujourd'hui, il se repère bien sur son groupe et ne se perd plus pour trouver sa chambre. Cependant, Monsieur M. n'est encore pas bien repéré dans l'institution.

6.2 Socialisation

Sur son lieu de vie, Monsieur M. est décrit comme un jeune homme aimant la compagnie et attentionné aux autres, il est capable de proposer de l'aide. Il parle beaucoup avec l'adulte.

Monsieur M. a peu de relations avec les membres de son groupe, excepté avec le résident qui partage sa chambre, avec qui il s'entend bien. Les relations avec les autres résidents de son groupe de vie ne sont cependant pas problématiques.

Monsieur M. peut-être calme et posé par moments, mais il est toutefois décrit comme quelqu'un qui bouge beaucoup, souvent sur le qui-vive. Il n'est pas opposant, mais il décide vite que l'activité en cours suffit.

Il est sensible à l'ambiance environnante et peut se montrer agressif verbalement envers les autres résidents ou parfois le personnel éducatif. Il ne s'est jamais montré agressif physiquement envers une tierce personne. Dans ces moments, Monsieur M. est capable d'aller s'isoler de lui-même dans sa chambre et écouter de la musique.

6.3 Activités intérieures

Monsieur M. participe aux activités suivantes de manière hebdomadaire:

- informatique et activités de socialisation telles que les courses ou l'achat de vêtements, elles sont organisées par les éducateurs de son groupe.
- escalade, animée par les éducateurs sportifs. Au retour de cette activité, Monsieur M. est souvent agité, il dit avoir peur d'y aller mais aimer tout de même cette activité.
- groupe de parole, animé par la psychologue
- activités d'entretien et de jardin, animées par les moniteurs d'atelier,

Chaque jour, Monsieur M. doit répondre à une tâche individuelle, ce qui lui permet de participer à la vie du groupe de vie et aux services de l'institution. Cela permet aussi de le responsabiliser.

Lorsqu'il n'a pas d'activités, il s'occupe à l'ordinateur, sur lequel il peut rester très concentré. Il aime beaucoup l'informatique et manipule très bien certains logiciels. Il peut aussi s'isoler dans sa chambre pour écouter de la musique et chanter, il mémorise très bien les paroles de chansons. Il peut aussi se rendre sur une autre unité de vie.

Le week-end, les éducateurs proposent des sorties, parmi elles, Monsieur M. investit particulièrement les sorties vélo. Il est d'ailleurs abonné à une revue mensuelle sur ce thème.

6.4 Projet éducatif individualisé de Monsieur M.

Monsieur M. nécessite un cadre, sécurisant, rassurant et chaleureux, qui l'empêcherait de partir dans n'importe quel sens et l'aiderait à se recentrer et réduire son angoisse.

III. L'apport théorique

1. La déficience intellectuelle

1.1 Définition

Il existe différentes définitions du retard mental en fonction des classifications, classifications qui sont établies par l'American Psychiatric Association, l'American Psychological Association, l'American Association on Mental Retardation, ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé. Cependant, d'une manière générale, nous pouvons retenir trois critères de base communs à toutes les définitions:

-le retard mental se définit comme un fonctionnement intellectuel général inférieur à la normale, établi à partir d'une évaluation du quotient intellectuel. La notion de quotient intellectuel permettra de définir différents niveaux qui sont: le retard mental léger, le retard mental moyen, le retard mental grave et le retard mental profond.

-les limitations intellectuelles sont présentes avant l'âge adulte.

-elles entraînent un affaiblissement des comportements adaptatifs. Les comportements adaptatifs nécessitent des capacités de faire des plans, de prendre des décisions et de juger des situations. Ce déficit sera observable dans différents secteurs tels que l'autonomie et la vie quotidienne mais aussi dans les aspects relatifs aux compétences sociales.

1.2 Notion de niveaux

On distingue:

-le retard mental profond (QI inférieur à 30), les individus présentant un retard mental profond connaissent une intolérance à la frustration, des comportements auto et hétéro agressifs et des stéréotypies diverses.

-le retard mental grave (QI entre 30 et 50), le langage est rudimentaire et on note une insuffisance du contrôle émotionnel. Leurs gestes sont plus élaborés mais l'impulsivité est encore mal maîtrisée.

-le retard mental moyen (QI entre 50 et 70), les sujets présentant un retard mental moyen peuvent travailler sur des ateliers. Ils ont des intérêts limités et sont en recherche de ritualisation. Ils connaissent une grande immaturité affective et l'accès à l'humour est mal maîtrisé. L'acquisition de la lecture, voire de l'écriture peut être possible.

-le retard mental léger (QI entre 70 et 80), ces individus peuvent avoir une autonomie de vie et travailler en atelier protégé (ESAT).

1.3 Les étiologies

Elles sont nombreuses,

-facteurs prénataux, tels que les encéphalopathies (30% des cas)

-infections ou maladies contractées par la mère, notamment pendant le premier trimestre de la grossesse, comme la toxoplasmose par exemple.

-modifications chromosomiques telles que les aberrations de nombre, de structure ou la fragilité d'un site.

-facteurs environnementaux comme la consommation d'alcool, de drogue, ou de médicaments par la mère pendant la grossesse (20% des cas)

-facteurs périnataux tels que les problèmes au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement comme la prématurité, l'hypoxie, les infections virales, les traumatismes ou les troubles métaboliques (15% des cas)

-étiologies inconnues (30% des cas)

1.4 Prévalence

La prévalence du retard mental est estimée aux alentours d'1% selon l'American Psychiatric Association. Parmi les personnes présentant un retard mental, 85% présentent un retard mental léger, 10% présentent un retard mental moyen, 3% présentent un retard mental grave et 2% présentent un retard mental profond.

Parmi les personnes qui présentent un retard mental et prises en soin par des services spécialisés, 50% ont un retard mental léger, 35% ont un retard mental moyen, 10% ont un retard mental grave et 5% ont un retard mental profond.

1.5 Troubles associés

On note:

-les troubles du comportement, ils sont plus ou moins importants et sont à mettre en lien avec un défaut des aptitudes à la communication. Ils peuvent se manifester par l'auto ou hétéroagressivité, ou les stéréotypies. On les retrouve chez 30 à 50 % des sujets.

-les troubles psychiatriques parmi lesquels on distingue:

- > les troubles affectifs comme les troubles bipolaires, les états dépressifs et états maniaques.
- > les troubles psychotiques, en effet, la déficience mentale peut être associée à la schizophrénie.
- > les troubles anxieux.

1.6 Distinction selon Wood (1980)

Wood distingue,

-la déficience, qui vient de l'absence ou de l'altération d'une habileté, elle est évaluable et implique une dimension étiologique.

-l'incapacité, qui représente la composante fonctionnelle avec limitation ou impossibilité de compétences normales.

-le handicap, qui constitue le désavantage social du sujet par rapport à l'entourage, en raison du déficit.

2. Le handicap périnatal

Plus de la moitié des déficiences et handicaps pourraient trouver leur origine pendant la grossesse ou autour de la naissance. Le caractère périnatal peut être réservé aux anomalies dont

l'origine se situe entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours post natal. Deux causes importantes sont la prématurité et la souffrance fœtale.

2.1 La prématurité

La prématurité se définit par une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée révolues. On distingue 3 groupes:

- la prématurité, entre 32 et 37 SA
- la grande prématurité, entre 28 et 32 SA
- la très grande prématurité, en dessous de 28 SA

La prématurité peut être:

- provoquée, s'il y a des risques liés à la poursuite de la grossesse
- subie, comme dans le cas de grossesses multiples par exemple

On distingue des facteurs de risque qui sont:

- l'âge de la mère (inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans)
- le tabagisme
- la multiparité
- de mauvaises conditions socio-économiques
- la charge familiale ou professionnelle

Les différentes pathologies du prématuré sont:

- l'hypothermie
- l'hypoglycémie
- les pathologies respiratoires
- les pathologies infectieuses

Elles sont liées à l'immaturation des différents systèmes qui sous-tendent ces fonctions.

2.2 La souffrance fœtale et les lésions cérébrales périnatales

Chez le nouveau-né à terme ou proche du terme, les régions les plus sensibles à une agression sont la substance grise corticale, les noyaux gris centraux et la substance blanche sous-corticale. Chez le grand prématuré, la substance blanche est très fragile.

Une agression cérébrale chez le nouveau né ou prématuré survient sur un cerveau en plein développement et va donc induire des troubles du développement cérébral secondaires aux lésions acquises de la substance blanche pour le prématuré ou grise pour le nouveau né à terme ou proche du terme.

Les différents handicaps retrouvés sont:

- la déficience motrice
- la déficience intellectuelle
- la déficience sensorielle (auditive ou visuelle)
- les troubles psychiatriques comme l'autisme et les troubles envahissants du développement
- le polyhandicap

3. Les crises convulsives

3.1 Définition

Les convulsions néonatales sont souvent secondaires à une agression cérébrale aiguë de nature traumatique telle qu'une hypoxie, une ischémie, une hémorragie intracrânienne, une infection ou un désordre métabolique. Il s'agit rarement d'une maladie épileptique débutante, l'épilepsie est en effet caractérisée par la récurrence de crises convulsives. La survenue d'une crise isolée ou même de plusieurs crises dans un contexte d'agression cérébrale aiguë n'est pas suffisante pour porter le diagnostic d'épilepsie.

3.2 Traitement

3.2.1 Le Gardenal ou Phénobarbital

Le Phénobarbital ne devrait plus être prescrit en monothérapie de première intention en raison de ses effets indésirables relativement fréquents. En début de traitement, il peut être mal toléré chez le jeune enfant, donnant lieu à une excitabilité psychomotrice et à des troubles caractériels. Lors de traitements chroniques, on relève une diminution de la vivacité intellectuelle, une altération des fonctions cognitives et de la capacité de concentration, avec augmentation des temps de réaction.

3.2.2 La Dépakine ou Acide valproïque

La tolérance à l'acide valproïque est excellente, lors d'une administration chronique, l'altération des fonctions cognitives est nulle ou très minime.

3.2.3 Conduite du traitement

Un traitement dit « de couverture » ne se justifie que lorsque la survenue d'une crise représente un réel danger, dans les suites immédiates de certaines interventions neurochirurgicales par exemple. En présence d'une première crise, l'existence d'une lésion potentiellement épileptogène est un élément pouvant inciter à traiter.

4. La méningite bactérienne

4.1 Définition

La méningite se définit par l'infection par un agent microbien de l'enveloppe du système nerveux central ou méninges. On distingue les méningites bactériennes et les méningites virales. La méningite peut apparaître primitive ou elle peut être secondaire à un foyer infectieux de voisinage, à un foyer infectieux à distance ou à une brèche dure-mérienne qui constitue une cause de méningite récidivante.

4.2 Séquelles

Les séquelles chez l'enfant sont:

- surdités ou complications auditives (25 à 30 %)
- séquelles visuelles
- épilepsie partielle symptomatique (8 à 10 %)
- séquelles neurologiques majeures (15 à 20%) entraînant des déficits moteurs divers (5 à 7%) ou une inadaptation socio-scolaire (5 à 7 %)
- retard mental
- retentissements neuropsychologiques divers

5. L'hydrocéphalie

5.1 Définition

Le liquide céphalo-rachidien est reparti dans deux secteurs qui sont le secteur sous arachnoïdien et le secteur ventriculaire, ils communiquent entre eux. Des troubles de la circulation de ce liquide conduisent à la constitution d'une hydrocéphalie. L'hydrocéphalie peut être due à une hypersécrétion de ce liquide, à un défaut de résorption du liquide ou à une obstruction mécanique des voies de circulation.

5.2 La dérivation ventriculopéritonéale

C'est un traitement neurochirurgical consistant en la mise en place d'une dérivation interne entre le système ventriculaire et le péritoine où va se drainer l'excès de liquide céphalo-rachidien.

DEUXIEME PARTIE : MA
DEMARCHE PSYCHOMOTRICE

L'avantage que j'ai pu avoir lors de ce stage est qu'après quelques semaines, mon maître de stage m'a laissée en autonomie complète. J'ai donc du réellement me positionner en tant que future professionnelle pour mener à bien les différentes étapes de mon approche psychomotrice que sont : l'évaluation, l'établissement d'un projet thérapeutique avec la prise de décision qu'il sous entend, et la mise en place de la prise en charge.

Par la suite je me suis rendue compte que cet avantage s'avérait pouvoir présenter des inconvénients.

Dans cette partie je développerais ma démarche psychomotrice, en énonçant au fur et à mesure les difficultés et problèmes rencontrés.

I. L'évaluation initiale

1. Les difficultés de l'évaluation

Afin d'établir la nécessité d'une prise en charge et, le cas échéant, un projet thérapeutique, le psychomotricien doit évaluer les capacités de son patient. Une évaluation psychomotrice doit répondre à certains critères qui sont: la validité, la standardisation, la fidélité et la sensibilité. Or nous sommes ici dans le cas d'un handicap mental ne permettant pas une évaluation dite « classique ».

1.1 Variations inter-individuelles

En institution, le psychomotricien se retrouve face à une population hétérogène. L'hétérogénéité est due à la diversité des étiologies des retards mentaux et donc des pathologies. Pour chaque individu, les atteintes motrices, comportementales, sensorielles et intellectuelles sont hétérogènes. La résultante de ces atteintes à différents niveaux confère donc à chaque individu un fonctionnement particulier et une manière unique d'être au monde, elle dicte les capacités de réponse de l'individu à l'environnement. L'hétérogénéité de la population pose le problème de la standardisation de la notation, nous ne pouvons comparer l'individu à une population et il serait illusoire de vouloir le comparer à son âge chronologique. L'examen n'aura pas non plus de valeur prédictive.

1.2 Variations intra-individuelles

Pour différentes raisons, l'évaluation ne pourra être ni standardisée, ni fidèle:

- l'examineur doit garder en tête qu'il se trouve face à un individu institutionnalisé depuis l'enfance. L'individu a par conséquent une expérience à l'évaluation et probablement une expérience à l'échec. Ce qui pose le problème de la motivation.
- il faudra tenir compte de la fatigabilité de l'individu, qui se traduira par une variation des performances selon le moment de la journée. Un traitement médicamenteux peut altérer les performances ou favoriser ces variations. L'examineur devra donc se donner le temps de l'évaluation en évaluant l'individu sur une durée et non un instant « t ».

-il faudra aussi tenir compte de la fatigabilité du sujet à l'intérieur même d'une séance d'évaluation, le temps de passation sera à adapter.

-enfin, le retard mental pose le problème de la compréhension des consignes, qui pourra être au-delà des capacités de réponse du sujet. Au maximum, l'examineur devra proposer des situations concrètes ne nécessitant pas de consignes. Sinon, en cas de passation de tests, il devra bien sûr adapter les consignes.

1.3 L'examineur

Dans une évaluation dite « classique », la situation d'administration, les conclusions, et la notation doivent être standardisées et indépendantes de l'observateur qui lui n'est pas standardisé. Or, nous avons vu que les variations inter individuelles et intra individuelles supposent certains aménagements ne répondant pas à des conditions standards. Le comportement et la façon d'être de l'observateur joueront donc un rôle d'autant plus important, d'où la nécessité d'une constance personnelle ou fidélité de l'examineur au cours de l'évaluation qui se fera sur plusieurs séances. Ensuite, face aux variations intra individuelles, le problème de la sensibilité ou précision de la mesure aux variations minimales du phénomène évalué se pose. Pour contrer cette « hyper sensibilité », l'observation devra avoir de la souplesse. Pour finir, même si les critères de validité, fidélité, standardisation et sensibilité ne peuvent être respectés, le psychomotricien se devra d'évaluer le sujet avec le maximum d'objectivité.

2. Evaluation de Monsieur M.

2.1 L'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle que constitue la collecte d'un maximum d'informations à travers les différents comptes rendus dans les dossiers médicaux et paramédicaux est un préalable incontournable à l'évaluation. De plus, la collecte d'informations concernant la sphère éducative et la vie quotidienne dans le dossier d'entrée de Monsieur M. m'a permis de cerner quelques unes de ses particularités et difficultés avant le bilan initial.

2.2 Le bilan initial, outils et adaptations

Au cours de mon stage, j'ai dû évaluer plusieurs résidents du Foyer de vie, j'ai donc établi un bilan type. Ce bilan m'a servi de trame pour le bilan de chacun. Je l'ai adapté à chaque résident, et donc à Monsieur M. Il ne m'a pas permis d'obtenir des données chiffrées mais m'a apporté des observations sur les aptitudes psychomotrices de Monsieur M. Le bilan s'est étalé sur plusieurs semaines, car au-delà de l'évaluation des capacités psychomotrices, il suppose une compréhension du fonctionnement général de l'individu et un constat quant à ses forces et ses faiblesses, afin par la suite d'adapter et personnaliser au mieux la prise en charge.

Nous relevons ici l'importance de l'observation clinique, le psychomotricien devra apprendre à observer et aiguïser au maximum son sens de l'observation.

2.2.1 Traits cognitifs et comportementaux dégagés

Les faiblesses de Monsieur M. sont les suivantes:

- difficultés à fixer son attention, il a besoin d'être stimulé pour maintenir la tâche en cours
- fatigabilité, il n'est pas opposant mais il démissionne rapidement
- difficultés dans la compréhension des consignes, il semble s'angoïsser quand il doit répondre à des consignes, ce qui augmente sa désorganisation, son impulsivité et son écholalie
- difficultés d'autocritique
- difficultés à être sur le moment présent, préoccupations concernant son emploi du temps se traduisant par des répétitions dans son discours. Entre chaque activité, Monsieur M. a répété qu'il devait partir et retourner sur son groupe, il a souvent regardé dans la direction de son groupe par la fenêtre.

Parallèlement à ces éléments pouvant entraver le bon déroulement des séances, j'ai pu relever des éléments positifs qui sont les suivants:

- sensibilité à sa réussite
- volonté de bien faire et efforts de concentration malgré ses difficultés
- verbalise lorsque ce qui lui est demandé lui est difficile
- le fait que le bilan se soit déroulé sur plusieurs séances m'a permis de mettre en évidence une fluctuation dans l'agitation de Monsieur M.
- réceptivité à l'humour ce qui permet de resituer le cadre, malgré une certaine timidité envers moi se traduisant par une position du regard fuyant au cours de l'échange
- la mise en place d'un temps de « relaxation » avant chaque séance d'évaluation m'a permis de noter que ce temps calme favorisait la présence et l'attention de Monsieur M.

2.2.2 Mises en situation, observation dirigée

Acquis scolaires

Monsieur M. ne sait pas lire ni écrire. Il sait compter, il a compris le principe de succession des unités mais n'en utilise pas le sens au quotidien.

Graphisme

Monsieur M. connaît et reconnaît les formes de base mais ne peut que très difficilement les copier ou dessiner spontanément. La réalisation du triangle lui demande énormément d'attention et de concentration, il en est de même pour la croix. Le carré est impossible à dessiner. Le rond, est bien fermé, le geste est rapide. Le contrôle graphique est donc très difficile, il s'améliore cependant lorsqu'il s'agit de repasser sur un trait ou une forme. La matérialisation de l'espace graphique à l'aide de points à relier n'aide pas Monsieur M: il ne les relie pas selon une succession logique. Cependant j'ai pu relever d'importantes fluctuations dans les résultats de ces mises en situations (points à relier pouvant former un triangle ou des lettres de son prénom), il a pu arriver lors de certaines séances qu'elles soient réussies pour un bon nombre de lettres de son prénom. Quand à la prise du crayon, elle est mature. Le trait est tremblé.

Schéma corporel

Monsieur M. connaît les principales parties du corps. On remarque une fatigabilité après 19 éléments demandés environ.

Praxies idéatoires

Lors de l'interrogation sur les praxies idéatoires, Monsieur M. utilise sa main droite. Il fait part d'une certaine impulsivité, les gestes sont brefs, rapides et peu précis. En revanche il me décrit l'organisation et les séquences de chaque mouvement: « Tu prends un peigne, tu le mouilles puis tu te brosses les cheveux ». Il me décrit seulement les gestes qu'il est capable de réaliser en réalité: il ne peut pas faire semblant de lire un livre car il ne sait pas lire. Ces éléments posent le problème de la compréhension de la consigne et peut-être de la manipulation de concepts abstraits tels que les pantomimes.

Organisation temporelle

Monsieur M. ne sait pas lire l'heure. La structuration temporelle est assujettie à des mécanismes subjectifs de perception de son écoulement, le temps social n'est pas acquis, il ne se repère ni dans la journée, ni dans la semaine, ni dans les mois et saisons, même s'il peut citer quelques noms des moments de la journée, des jours et quelques mois. Il n'utilise pas les indices de son environnement pour se repérer dans le temps. Monsieur M. connaît sa date de naissance mais pas son âge.

Organisation spatiale

Monsieur M. peut se perdre pour venir de son groupe à la salle de psychomotricité, l'observation faite en écologie montre qu'il procède de proche en proche pour ses déplacements dans l'institution. Même lorsqu'il réussit, il ne peut porter un jugement sur le résultat. J'ai eu l'occasion d'observer que systématiquement, pour sortir de la salle de psychomotricité, il essaie d'ouvrir la première porte qui se présente à lui. Ses difficultés à se repérer dans l'espace sont donc emprunt à une certaine impulsivité. Les termes spatiaux sont acquis et il peut les manipuler sur demande. Il ne sait m'indiquer sa droite et sa gauche quand je le lui demande, mais il est capable de changer son stylo de main lorsqu'il le prend à gauche en me disant qu'il est droitier. Le principe de réversibilité n'est pas acquis. La représentation d'un parcours de type plan sur feuille est impossible.

Perception visuelle

L'observation s'est faite à partir de mises en situation telles que l'appariement de cartes de jeux de type Memory, ou la reconnaissance perceptive de type Lynx. Monsieur M. montre une certaine impulsivité motrice mais réussit avec succès les mises en situations proposées et montre un certain plaisir face à cette mise en situation. Il lui a cependant fallu plus de temps pour retrouver les cartes qui n'étaient pas dans son champ de vision. Ceci semble relever d'une difficulté dans l'organisation de l'exploration visuelle et de la recherche plutôt que d'un déficit de reconnaissance perceptive ou de discrimination visuelle.

Tonus

Monsieur M. présente des dystonies au niveau de la nuque. Les mobilisations passives des membres inférieurs et supérieurs m'ont permis de relever une hypertonie au repos.

Coordinations générales

Monsieur M. marche et court avec une bonne endurance, il a de bonnes capacités physiques. Il est capable de monter et descendre une pente et un escalier, il saute même des marches et court dans les escaliers. Il peut enjamber. En revanche passer sous une barre lui pose problème et il perd l'équilibre, accroupi, au moment de se relever, il a du mal à se stabiliser. Il semble qu'il n'utilise pas les informations visuelles, ce qui dessert ces ajustements posturaux. Il est aussi très tonique en action. Les sauts représentent des coordinations difficiles, Monsieur M. a gardé un contrôle visuel constant sur ses pieds, il ne peut sauter sur place les pieds joints. Ses bras sont crispés et les poings sont fermés, il existe un réel dysfonctionnement de la régulation tonique. Le saut sur pied gauche est impossible et il peut réaliser une ébauche de saut sur le pied droit qu'il choisi spontanément.

Equilibre statique

L'équilibre statique est de mauvaise qualité. L'équilibre unipodale est impossible sur le pied droit et il ne peut tenir en équilibre sur les pointes. Ajoutées à ses difficultés de régulation tonique il existe des difficultés à se mobiliser sur le plan attentionnel, ce qui influence sur le plan du contrôle attendu.

Equilibre dynamique

L'équilibre dynamique est difficile, peu fluide et peu harmonieux lors de la marche talons-pointes. Notons que ses mains sont dans les poches. La marche sur une poutre est réussie, Monsieur M. se hâte et il utilise ses bras pour se rééquilibrer, il ne montre pas d'appréhension.

Coordinations oculo-manuelles

Monsieur M. lance par le haut, il doit se concentrer et s'appliquer, le lancer est dépendant d'une mobilisation attentive. Pour rattraper les balles, Monsieur M. s'est montré surprenant et a pu rattraper toutes les balles avec deux mains, 4 réussites sur 5 à droite et 3 réussites sur 5 à gauche.

Motricité manuelle

Les prises fines observées en situation concrètes sont possibles, adaptées aux exigences de la tâche, stabilisées et relativement efficaces. En revanche la gestion tonique est mal contrôlée et il apparait de légers tremblements d'action. Lors du tapping, Monsieur M. est très rapide, bâcle l'activité et montre des signes d'impatience. Ce qui semble indiquer que la reproduction d'un mouvement sans signification particulière représente pour lui une activité laborieuse.

2.2.3 Les tests psychomoteurs

Les tests doivent être complémentaires à d'autres modes d'observation tels que certaines mises en situation présentées plus haut et à l'observation clinique. Ils sont bien évidemment à exploiter différemment. J'ai utilisé certains tests afin d'éventuellement pouvoir identifier des troubles plus spécifiques, mais aussi et principalement pour ce qu'ils apportent en clinique. Les tests facilitent la compréhension de la personne dans sa globalité.

Le Thomas

Ce test est un test de barrage qui permet d'évaluer les capacités d'attention soutenue, il est constitué d'un feuillet au format A3, le feuillet comprend deux spirales, chacune composée de 160 signes dont 40 signes cibles (ronds blancs et vides). Les signes sont des formes géométriques simples. Le sujet dispose de 5 minutes pour effectuer la passation.

Le test n'est pas cotable, je note une impulsivité motrice à la présentation du feuillet. Monsieur M. a eu beaucoup de difficultés à comprendre la consigne: il commence par entourer deux signes cibles puis, après de nouvelles explications, il barre les ronds avec un point à l'intérieur. Il a commencé sa recherche par le bas à droite et à terminé par le haut à gauche. Monsieur M. a barré deux signes et a posé son crayon en affirmant avoir fini. Après m'avoir indiqué plusieurs fois dans les deux premières minutes qu'il avait terminé et qu'il devait retourner sur son groupe, il a su se concentrer durant 6 minutes. Les bruits extérieurs ne l'ont pas perturbé. Il n'a pas utilisé de stratégie de recherche particulière et a utilisé le repérage visuel seul. Il a su trouver tous les signes sans omissions ni substitutions ou rectifications, bien que les cercles avec des points soient certes des détails plus saillants. Il a su vérifier et être appliqué et posé. Cette observation témoigne d'une grande difficulté à tenir la tâche si on ne l'y maintient pas mais d'un effort de concentration possible et sans fluctuation si l'on ne le sollicite pas ensuite. Ainsi qu'une capacité d'exploration visuelle efficace même si la stratégie est immature.

Test d'imitation de gestes de Berges-Lezine

Cette épreuve mesure les capacités des praxies idéomotrices. Secondairement elle permet d'observer les capacités de perception, de kinesthésie et de proprioception. L'avantage de cette épreuve est qu'elle est principalement non verbale.

Monsieur M. peut copier des mouvements simples et complexes, je note cependant des doublons lors des items où les avants bras interviennent, ce qui peut témoigner d'une difficulté à prendre en compte et observer le modèle dans son ensemble. Lors des gestes complexes, la prise d'information est bonne, il faut tout de même le stimuler pour qu'il prenne en compte tout le modèle. Monsieur M. est sensible à sa réussite. Je ne note pas de décrochage attentionnel pour les dernières praxies des gestes complexes.

Le test des bâtonnets ou Stick-test

J'ai utilisé ce test afin de pouvoir évaluer les praxies visuo-constructives de Monsieur M. En effet le test de reproduction graphique Figure de Rey n'a pas pu être administré du fait des difficultés graphiques de Monsieur M. L'avantage du Stick-test est qu'il permet de sortir d'un cadre « papier-crayon ». Il m'a semblé important de passer par cette étape afin d'éventuellement pouvoir répondre à la question: est-ce que les difficultés graphiques de Monsieur M. témoignent d'une apraxie visuoconstructive que l'on pourrait éventuellement par la suite mettre en lien avec les difficultés à se représenter et donc se repérer dans son espace de vie ou bien témoignent-elles d'une difficulté plus vaste à organiser ses actions dans le milieu?

Seule la première partie a été administrée. Monsieur M. a du fournir de gros efforts de concentration. Pour les deux premiers items, Monsieur M. n'a montré aucun contrôle visuel sur le modèle, je note une impulsivité motrice. Aussi, Monsieur M. plaçait systématiquement les 4 bâtonnets même si le modèle n'en contenait que 2 ou 3. Je décide donc de lui laisser seulement le nombre de bâtonnets nécessaires. Monsieur M. reproduit avec succès et rapidement (temps de mouvement entre 5 et 9 secondes, la moyenne étant de 90,3 pour les 10 items à 11ans, âge pour lequel ces données plafonnent) les modèles comportant 2 ou 3 bâtonnets. Il réussit aussi le dernier item qui est celui du carré, reproduit en 26 secondes, pour ce dernier modèle il faudra beaucoup l'encourager et il fournira un effort important. Le temps de réaction moyen est de 12 secondes, la moyenne à 11ans est de 19,8 secondes, soit -1,21 DS, ce qui va dans le sens d'une impulsivité motrice. Il semble que les items à 4 bâtonnets représentent une surcharge attentionnelle et d'organisation trop importante. Il lui est aussi arrivé de m'avoir indiqué avoir fini alors qu'il n'avait pas encore tenté de reproduire le modèle, je retrouve aussi des persévérations dans la forme. Monsieur M. ne peut se corriger, et lorsqu'il réussit, il ne peut porter un jugement sur ce qu'il a fait, il répond au hasard, témoin probable d'une lassitude et fatigabilité conséquente.

2.3 Rencontres avec les intervenants

2.3.1 Internat

Une observation directe des activités de la vie quotidienne de Monsieur M. sur son groupe de vie n'a pas été réalisable. La psychomotricienne et les équipes éducatives n'ayant pas l'habitude de fonctionner ainsi, mais aussi parce que Monsieur M. est un jeune homme ayant la notion d'intimité. Une évaluation pour chaque comportement dans des situations et lieux données n'a donc pas été possible. Une rencontre avec les différents éducateurs du groupe de vie s'est faite en parallèle du bilan initial, après chaque séance, lorsque je raccompagnais Monsieur M. sur son groupe. Ces rencontres m'ont permis le recueil d'informations mais aussi d'une éventuelle plainte de la part de l'équipe éducative. Ce type de rencontre m'a permis de poser des questions plus orientées, en fonction de ce que j'observais en bilan, afin de constamment faire le lien entre un éventuel déficit concernant les capacités psychomotrices et ses répercussions sur le quotidien de Monsieur M. De plus, les rencontres sur une longue période m'ont permis de tenir compte du caractère fluctuant des capacités de Monsieur M. qui se retrouvait aussi sur son groupe de vie.

L'équipe constate que la perte de repères de Monsieur M. dans le temps l'angoisse énormément. L'équipe rapporte aussi par moments une certaine agitation. Agitation notamment relevée au retour de l'activité escalade. Je note aussi quelques conduites agressives. Cependant, elle se limite à une agressivité verbale et Monsieur M. a la capacité de s'isoler de lui-même dans ces moments. La particularité retrouvée dans mon bilan lors de l'interrogation sur les praxies idéatoires ne se vérifie pas au quotidien. C'est-à-dire que Monsieur M. est autonome pour tous les actes de la vie quotidienne et le déficit se retrouve dans l'ordonnancement temporel des événements et non pas à l'intérieur même d'une action.

2.3.2 Externat

La rencontre avec les intervenants de l'externat a été aussi un point important de l'évaluation de Monsieur M. La question était de savoir si les phénomènes comme l'agitation et l'agressivité observés sur le groupe pouvaient se retrouver dans un lieu qu'on pourrait dire « aseptisé » et s'ils étaient dépendants du contexte.

Il apparaît que lors des activités d'entretien et de jardin, dans lesquelles Monsieur M. côtoie d'autres résidents, plus âgés que lui et sensiblement plus posés que ceux de son groupe de vie, il est plus calme, ne jure pas et est capable de se concentrer. Il s'intéresse beaucoup à ce qui lui est

proposé, fait preuve de curiosité et de volontariat. La différence a pu être observée car il participe un autre jour de la semaine à cette même activité avec des résidents de son groupe de vie, là il est dit plus nerveux.

II. Projet thérapeutique et axes de travail

1. Ce qui justifie une prise en charge psychomotrice

La détermination des priorités selon moi doit se faire en regard de la plainte de l'équipe éducative. En effet, ce sont les acteurs les plus à même de juger d'une notion d'urgence et de priorité car ils sont les témoins les plus impliqués dans le quotidien de ce jeune homme. La priorité pour Monsieur M. est donc d'aborder les souffrances psychiques qui semblent se traduire par une certaine agitation et les quelques conduites agressives décrites sur son groupe de vie. En théorie l'idée serait de stabiliser les conduites problématiques afin de prévenir une éventuelle mise à l'écart de Monsieur M. Une évolution non stabilisée pourrait avoir de graves répercussions sur ses activités relationnelles et se traduire au pire par de l'hétéro agressivité ou auto agressivité. La psychomotricité doit donc permettre pour ce jeune homme d'aborder ces comportements problématiques.

2. Déterminer des axes de travail

Comment répondre à la demande de l'équipe et aborder les comportements problématiques tout en restant dans mon champ de compétence?

2.1 Expliquer l'agitation et les comportements problématiques

Monsieur M. présente des troubles du mouvement qui sont la dystonie et les tremblements.

Les tremblements et dystonies appartiennent aux troubles du mouvement. Les troubles du mouvement sont un ensemble de mouvements anormaux se produisant chez un sujet conscient. Ces troubles peuvent impliquer des anomalies toniques ou quelques fois simplement posturales.

La dystonie est une contraction musculaire non intégrée à un mouvement intentionnel ou au maintien d'une attitude. Elle engendre souvent des mouvements répétitifs de torsion (mouvements dystoniques) ou des postures anormales (postures dystoniques). Le plus souvent, ces mouvements sont lents. Le phénomène dystonique ne se produit pas pendant le sommeil. Les dystonies peuvent être primitives ou peuvent apparaître comme secondaires.

Les dystonies lésionnelles telles que les dystonies secondaires à l'anoxie néonatale apparaissent parfois de façon très retardée par rapport à l'événement causal.

Les troubles du mouvement ont pour localisation neuro-anatomique les ganglions de la base (noyau caudé, pallidum, putamen, noyau sous-thalamique, locus Niger, noyau accumbens et striatum). Une hypoactivité du complexe pallidum/locus Niger favorise l'émergence de mouvements anormaux.

J'ai tout d'abord pensé dans le cas de Monsieur M. en lien avec les troubles du mouvement et en rapport avec son langage parfois injurieux et l'écholalie, à une maladie de Gilles de la Tourette.

Elle associe, entre autres, des tics moteurs et vocaux, ainsi qu'une comorbidité psychiatrique variable dont les troubles anxieux, et un syndrome d'hyperactivité avec trouble attentionnel. La cause de la maladie est inconnue mais la contribution d'un dysfonctionnement du système dopaminergique, ainsi que des réseaux de neurones des territoires associatifs et limbiques des noyaux gris centraux et du cortex préfrontal a été suggérée.

Cependant j'ai éliminé ce possible diagnostique car dans le cas d'une maladie de Gilles de la Tourette les tics sont envahissants et ne sont pas liés à la situation. Dans le cas de Monsieur M. le langage injurieux a moyen de communication et se manifeste la plupart du temps de façon élective envers un résident. L'écholalie de Monsieur M. quand à elle, peut être expliquée par une difficulté de compréhension.

Ensuite, j'ai pu relever à travers le bilan de Monsieur M. plusieurs éléments allant dans le sens d'une sémiologie frontale.

Une possible explication est que les ganglions de la base en jeu dans les troubles du mouvement jouent certes un rôle essentiel dans l'initiation et le déroulement des séquences motrices. En effet ils sont en relation étroite avec les aires corticales motrices (exécution du mouvement), mais ils sont aussi en relation avec les aires associatives (régulation cognitive du comportement) et le cortex frontal via le thalamus (comportement motivé). Donc ajoutés aux troubles moteurs, un dysfonctionnement des noyaux gris centraux est susceptible de provoquer des troubles perceptifs, cognitifs et affectifs ou psychiatriques. Ainsi le domaine extra-pyramidal prend en charge des mécanismes qu'on aurait pu croire exclusivement assurés par le cortex cérébral.

Ces différents éléments sont :

-La perturbation du contrôle exécutif avec atteinte de la mémoire prospective qui constitue en la capacité de se rappeler des choses que l'on doit faire à un moment donné.

-Tendance impulsive et incontrôlée à saisir les objets présents devant lui ou comportements d'utilisation, manque de patience.

-Les hypothétiques troubles dans la réalisation de séquences motrices. On peut se poser la question d'une notion d'apraxie frontale. L'apraxie frontale consiste en la réalisation de séquences motrices avec une organisation globale du mouvement qui est perturbée, mais chaque séquence n'est pas perturbée. Chaque élément est décomposé et ne peut être intégré dans un automatisme moteur. Ce qui traduit une difficulté dans l'organisation séquentielle des tâches. Cet éventuel déficit aurait pu être mis en évidence par la verbalisation de Monsieur M. lors de l'interrogation sur les praxies idéatoires qui a pu l'aider. Nous ne devons tout de même pas écarter l'idée d'un défaut de compréhension de la consigne. Nous pouvons aussi relever les aménagements mis en place par la mère de Monsieur M. pour la toilette (magnétophone qui lui récitait la chronologie).

-Déficit dans l'ordonnement temporel des événements

-Trouble de l'activité exploratoire, elle manque de stratégie. Alors que la reconnaissance perceptive est bonne.

-Troubles de l'attention

-La perte d'autocritique

Cependant les troubles tels que le trouble de l'attention, l'impulsivité et l'agitation sont contextuels et fluctuant. Ce qui m'a orienté vers l'anxiété et le stress. J'ai donc émis l'hypothèse que des défaillances neurologiques chez Monsieur M. et sa déficience mentale pouvaient peut être expliquer les difficultés à se repérer dans le temps social, le déficit en mémoire prospective, dans l'ordonnement temporel des événements et plus largement la difficulté à organiser ses actions dans le milieu. Cette perte de compréhension du monde qui l'entoure est susceptible de provoquer des réactions de stress et d'anxiété, qui augmentent sa désorganisation et son impulsivité telle une boucle. Nous serions peut être face à une intrication complexe de troubles s'influençant les uns, les

autres. Les troubles tels que l'agitation, l'agressivité et l'hyperactivité peuvent donc être imputables à l'anxiété.

2.2 Choix des axes de travail

Je me suis donc orientée vers la plainte de l'équipe. Je décide d'engager 3 axes de travail en choisissant d'approcher le déficit susceptible de créer une certaine angoisse chez Monsieur M.. Et cela en sachant qu'il s'agirait d'une prise en charge individuelle et que le travail en écologique sur son groupe de vie ne serait pas possible.

2.2.1 Le temps

Un travail avait été mis en place par la psychomotricienne en collaboration avec l'équipe éducative à travers le repérage temporel sur le déroulement d'une journée. Cependant ce travail sur le groupe de vie de Monsieur M. avait été abandonné. Il me semblait pourtant important de pouvoir reprendre ce travail afin de fournir à Monsieur M. des repères pour l'aider à se structurer sur le plan cognitif et pour l'aider à mieux comprendre le fonctionnement de son environnement.

J'ai aussi choisi aussi de travailler la notion de succession et de chronologie. Car il me semble que le déficit retrouvé dans le graphisme et les difficultés rencontrées lors du Stick-test témoignent d'une difficulté plus vaste à organiser ses actions dans le milieu.

2.2.2 L'espace

Ne pas pouvoir se repérer et se diriger dans le milieu dans lequel on vit peut être source d'angoisse. J'ai donc choisi de renforcer les acquis de Monsieur M. dans ce domaine. En effet Monsieur M. a une bonne connaissance de son corps comme espace défini et orienté en situation spontanée. C'est un préalable nécessaire pour pouvoir s'orienter dans l'espace. A travers un travail en salle je choisis donc de renforcer les repères d'orientation.

Mais des mécanismes complexes interviennent dans la connaissance de l'espace. Il me semblait donc judicieux de faire un travail en situation écologique sur des trajets. Le travail pourra s'orienter sur la prise de repères et leurs mémorisations, préalable essentiel pour une construction de la représentation de l'espace.

2.2.3 La relaxation

Un temps de détente, utilisé en début de séance pour l'évaluation à montré des bénéfices. Il favorisait une meilleure attention et des actes plus calmes et moins emprunts à une certaine impulsivité. Aménager un tel temps pourrait être bénéfique à Monsieur M. pour contrer cette hyperactivité d'origine anxieuse et lui apporter une baisse de la rumination mentale. D'autant plus que Monsieur M. montre un investissement personnel de ce temps. Sur son groupe de vie il montre une réelle capacité à pouvoir mettre en place des moyens pour gérer son anxiété en s'isolant de lui-même, s'allongeant sur son lit et écoutant de la musique.

Il est nécessaire de favoriser cette prise d'initiative et de renforcer ce comportement positif. D'autant plus qu'en séance il favorise la réussite. Ce temps de détente se fera sans introduction d'images mentales car nous sommes face à un retard mental mais aussi sans aucune guidance verbale car la stimulation de l'adulte apparait comme un parasite.

III. En pratique

1. Méthodologie de groupe

1.1 Relancer le travail sur le repérage temporel

A l'arrivée de Monsieur M. au Foyer de vie, la psychomotricienne en collaboration avec l'équipe éducative avait mis en place un travail de structuration temporelle. Il était orienté sur le déroulement d'une journée. Cependant l'utilisation du planning journalier a été abandonnée par l'équipe.

Il m'a paru important de pouvoir remettre en place un système de repérage temporel en appuyant auprès de l'équipe qu'il était nécessaire pour Monsieur M. de lui enlever cette source d'anxiété liée à l'absence de repères. Cela permettrait par la suite d'envisager de nouvelles acquisitions. D'autant plus que Monsieur M. avait beaucoup progressé, il avait mémorisé presque l'intégralité des icônes représentant les activités et repérait mieux les couleurs qui représentaient les différents moments de la journée.

1.2 Réajuster le mode de repérage

Avec l'équipe, nous décidons de revoir le système de repérage. Il apparaît que dès le matin Monsieur M. est perdu dans l'organisation de sa journée. Les icônes sont à présent bien connues et mémorisées, mais Monsieur M. n'est pas autonome face au support planning.

Nous décidons alors de travailler sur l'ancrage dans le temps immédiat toujours dans le but de le rassurer et de l'entraîner à être sur le moment présent. L'équipe ne travaillera donc plus à partir du planning entier mais en lui montrant les icônes au fur et à mesure sous forme de carte plastifiée. L'équipe a aussi noté que le moindre imprévu comme une activité annulée l'anxiète, nous décidons donc de créer un icône signifiant qu'il reste sur son groupe.

2. La prise en charge en individuelle

2.1 Prendre une suite

En parallèle du travail autour du repérage temporel que la psychomotricienne avait mis en place sur le groupe de vie de Monsieur M. un travail se faisait en séance sur la lecture du planning. J'ai choisi de continuer ce travail afin de favoriser la mémorisation et le repérage des différents moments de la journée à l'aide des zones colorées. Il m'a semblé important de continuer ce travail à l'aide de ce support avec toujours pour objectif à moyen terme de le rendre plus autonome face à ce support sur son groupe de vie. C'était une manière pour moi d'être au plus près d'un travail touchant à son quotidien mais en travaillant en salle.

Cependant, Monsieur M. avait besoin d'être énormément soutenu dans ce travail, lorsqu'il était calme il se repérait plus facilement sur le support et se rassurait sur ce qui l'attendait mais lorsqu'il était angoissé il avait besoin de soutien pour canaliser sa pensée et se repérer. Soutien que je parvenais difficilement à lui poser.

2.2 Tentative d'ajouts de nouveaux éléments

2.2.1 Le trajet

Venir seul de son lieu de vie à la salle de psychomotricité était certainement source d'angoisse pour Monsieur M. Il ne se repérait que très difficilement et progressait donc de proche en proche: il se dirigeait vers le bâtiment administratif, là bas, on l'orientait en direction du bâtiment dans lequel se trouvait la salle de psychomotricité. Il arrivait donc souvent déjà bien agité. J'allais chercher Monsieur M. sur son groupe de vie avant chaque séance. Le trajet allait donc pour moi être l'occasion de travailler sur le repérage spatiale en verbalisant les différentes notions « ensuite », « après », et les différentes données perceptives pensant que la répétition favoriserait la mémorisation.

Je me suis heurtée là encore à de nombreux problèmes face auxquels je parvenais difficilement à faire face. Monsieur M. était très difficile à recadrer: il me disait que par la suite il devrait retourner sur son groupe, il pouvait me raconter sur un ton colérique qu'il avait malencontreusement insulté un éducateur, bref, il était très préoccupé. De part cette agitation, ce jeune homme n'était pas du tout présent, il était incapable d'être sur le moment présent et il ne parvenait donc pas à me dire si

l'on était au bon endroit et répondait au hasard. Face à cette indisponibilité, le risque était d'induire l'échec à Monsieur M. J'ai donc très vite abandonné le travail sur le repérage spatial à travers le trajet et j'ai utilisé ce temps tout simplement pour être à l'écoute des préoccupations de Monsieur M. tout en recadrant la conversation lorsqu'elle le nécessitait, à l'aide de l'humour. Arme à laquelle Monsieur M. était très sensible et s'apaisait rapidement. J'apprenais ainsi à m'ajuster à lui, je favorisais aussi les interactions dans les deux sens, prémices d'une relation thérapeutique.

2.2.2 Le travail en salle

Pour aborder cette notion de succession et de chronologie, j'utilisais des images ou puzzles à remettre dans un ordre cohérent. Monsieur M. investissait très peu cette activité, et la mener à bien se faisait au prix de nombreux efforts. Le temps de détente proposé à Monsieur M. en début de chaque séance apportait certes des bénéfices, mais ces bénéfices n'étaient pas à la hauteur des efforts que l'exercice lui demandait. Il lui était difficile de fixer son attention, et il m'était difficile de le recadrer et de lui apporter un soutien. Il me répétait qu'il devait aller goûter et qu'il avait des choses à faire. Il bâclait l'activité, agissait avec précipitation, paniquait et se désorganisait, ne favorisant pas la réussite. La parole et son langage s'en retrouvaient déstructurés.

Finalement je me retrouvais face au même problème que celui que j'avais rencontré en souhaitant reprendre le travail déjà mis en place par la psychomotricienne sur la lecture et mémorisation du planning journalier. Une relation de confiance entre Monsieur M. et moi n'était pas établie et je n'avais donc pas la capacité de réassurance que la psychomotricienne avait avec Monsieur M. Il ne me connaissait pas suffisamment et je ne le connaissais pas suffisamment non plus, comment savoir jusqu'à quel point je pouvais l'encourager pour tenter de mener l'activité ? Comment distinguer entre un refus réel, un problème de compréhension de consigne l'angoissant, une incapacité réelle, un manque de motivation ou un épuisement ? Face à cet imprévu, nous étions tous les deux en échec, la séance s'en retrouvait elle-même désorganisée.

Après ces événements, je favorisais les activités dans lesquelles Monsieur M. prenait un réel plaisir et l'exprimait, et dans lesquelles il était en situation de réussite. Il investissait particulièrement les activités perceptives, de type Lynx. Mais aussi le jeu que j'avais mis en place pour renforcer les repères d'orientation par rapport à soi. Nous étions côte à côte, face à un miroir pour favoriser la capacité à se rendre compte qu'il pouvait y avoir d'autres points de vue. Chacun avions le même matériel, à notre tour nous faisons une construction, et l'autre devait faire la même construction. La consigne était simple et peu verbale. L'activité nous mettant en mouvement, la compréhension de la

consigne pouvait reposer sur l'imitation. L'ambiance s'apaisait, nous étions de nouveau dans un échange et une réelle communication.

2.2.3 Nécessité d'aménagements ?

Je me retrouvais donc confrontée à des séances désorganisées, face à une certaine imposition et persévérance de maintenir mon projet thérapeutique, avec un désir d'apporter une solution et des réponses aux besoins et aux difficultés de Monsieur M, de mener à bien les séances afin que Monsieur M. y trouve des bénéfices et qu'il n'en ressorte pas plus agité qu'il ne l'était avant de venir.

Pourquoi ne pas structurer et ritualiser les séances? J'offrirais peut être un cadre rassurant à Monsieur M., en rendant l'environnement et la séance prévisible? Je tenterais alors de combler et de pallier ce que j'avais du mal à apporter à Monsieur M. par une relation de confiance avec des moyens matériels et des aménagements autour de la séance? Monsieur M. pourrait remonter un minuteur en début de chaque séance et lorsqu'il parlerait de devoir retourner sur son groupe nous irions voir qu'il reste du temps? Mais pourquoi imposer encore des responsabilités à Monsieur M., responsabilités qui l'angoissent? Doit-on faire des séances de psychomotricité un lieu dans lequel il est confronté à des difficultés qui rythment déjà son quotidien?

IV. L'approche psychomotrice et l'apport de la psychomotricité en Foyer de vie à travers le cas de Monsieur M. et à partir de ma position de stagiaire

Cette réflexion est menée à partir de ma position de stagiaire, elle prend donc en compte la courte durée de mon stage. Elle est aussi menée à travers le cas de Monsieur M. prenant en compte la personne dans sa singularité.

1. La relation thérapeutique

L'adaptation relationnelle est importante dans toute prise en charge, mais elle est d'autant plus prégnante face à une population de Foyer de vie du fait des particularités de la population rencontrée.

Cette réalité clinique s'est imposée à moi lorsque j'ai souhaité reprendre le travail déjà mis en place par la psychomotricienne depuis plus d'un an ou bien entreprendre des exercices cognitifs qui demandaient beaucoup d'efforts à Monsieur M. Il m'était très difficile d'apaiser Monsieur M. par mes paroles comme j'avais pu voir faire la psychomotricienne au début de mon stage. Ainsi, j'ai pris conscience que la relation que la psychomotricienne avait à ce jour avec Monsieur M. était le fruit d'un long travail.

Tout d'abord, la relation doit permettre de développer les interactions dans les deux sens et favoriser ainsi la communication dans un climat de respect et de confiance. Le thérapeute apprendra à identifier et à décoder le mode de fonctionnement de son patient, à s'adapter à son rythme, ses difficultés et à percevoir ses signes de fatigue. Le patient apprendra à entendre et à accepter l'aide et la guidance du thérapeute. Cette relation solide permet à la psychomotricienne, dans le cas de Monsieur M., une régulation de son comportement et donc une capacité à le canaliser. Ce travail est donc primordial afin de mener à bien tout autre travail et il est d'autant plus prégnant face à la déficience intellectuelle.

Ainsi, en tant que stagiaire, je ne pouvais pas arriver et reprendre le travail que la psychomotricienne avait entrepris avec lui et orienter ma prise en charge vers un travail cognitif sans ce préalable. Non seulement le travail demandé nécessitait énormément d'efforts et donc un besoin

de réassurance et de nombreux renforcements crédibles par le patient, mais il mettait Monsieur M. face à une relation ou situation duelle et nouvelle. Cette situation est susceptible de provoquer chez le sujet une grande anxiété. C'est pour cela que j'ai énormément favorisé les situations qui m'ont semblé être source d'apaisement pour Monsieur M., notion qui me paraît importante. Ces situations m'ont permis une compréhension de la personne et l'établissement d'une relation dans une dynamique particulière. Finalement la durée de mon stage m'a permis d'établir une relation mais ne m'a pas permis d'entreprendre ou de reprendre un travail cognitif.

Une relation stagiaire-psychomotricien-patient aurait peut-être pu « accélérer » cette relation, grâce à l'imitation pour moi ou à un cadre moins changeant pour Monsieur M., mais elle ne m'aurait pas permis de prendre conscience de ce préalable et j'ai dû apprendre à rechercher de moi-même les feedbacks qui faisaient que ma demande auprès de Monsieur M. n'était pas ajustée.

J'ai eu l'occasion d'observer qu'il peut y avoir des résidents qui refusent même de rentrer dans la salle de psychomotricité, l'adaptation relationnelle dans ce cas doit débiter en dehors de la salle de psychomotricité. Il me semble que le psychomotricien peut alors aller rencontrer les résidents sur les ateliers ou sur leur lieu de vie plusieurs fois pour une première rencontre.

2. Prendre en compte la personne dans sa globalité et la singularité de son histoire

Au-delà de la théorie et des acquis techniques, en pratique, la nécessité de devoir prendre en compte la personne dans sa globalité et la singularité de son histoire s'est imposée à moi.

En effet, j'ai certes été confrontée aux difficultés liées à la déficience mentale que sont les difficultés de communication, de compréhension et les troubles du comportement auxquels j'ai appris à m'ajuster grâce à l'établissement d'une relation thérapeutique équilibrée. Mais j'ai aussi été confrontée au manque de motivation.

Travailler auprès d'une population déficiente mentale sous entend que le psychomotricien travaille avec des résidents qui ont chacun leurs expériences passées et un vécu de rééducation.

Dans le cas de Monsieur M., nous sommes face à un jeune homme qui réside en institution depuis la petite enfance, ayant déjà fait l'expérience d'un lourd passé institutionnel avec déjà de

nombreuses expériences thérapeutiques. Comme cela peut être le cas pour bon nombre d'autres résidents d'ailleurs.

L'expérience d'un passé thérapeutique sous entend l'expérience de nombreuses fois de son manque de moyens, c'est une réalité dans le cas de la déficience intellectuelle, ces résidents ont par conséquent et évidemment un long vécu d'échec. Ceci explique le manque de motivation. Dans ce cas, le sujet préfère éviter la situation plutôt que d'être confronté à l'échec une énième fois. Finalement il est tout à fait légitime que l'individu exprime peu de motivation à faire ce qu'un thérapeute lui demande. Et cela demande au psychomotricien énormément d'énergie pour renforcer le peu de motivation. C'est le principe même du conditionnement opérant, toute nouvelle tâche peut être approchée avec des attentes de succès ou d'échec, les attentes de succès vont être influencées par les expériences passées. Or le sujet déficient mental a déjà de nombreuses expériences d'échec et un recueil cognitif insuffisant. Il en découle donc qu'au fur et à mesure, ses attentes de succès diminuent et sa motivation principale devienne l'évitement de l'échec plutôt que la réussite.

Nous nous retrouvons très souvent face à des dossiers incomplets, la continuité thérapeutique concernant la psychomotricité et pouvant évoquer un suivi antérieur, des travaux déjà entrepris et des axes de prise en charge abordés est rare. Dans le cas de Monsieur M. il est donc tout à fait probable que je sois rentrée dans un schéma de rééducation qu'il connaissait, qu'il avait expérimenté, et qui l'avait déjà mis en échec. Le problème finalement qui émerge ici n'est pas de se demander ce que pourrait lui apporter une nouvelle prise en charge psychomotrice, ni s'il est opportun d'envisager une nouvelle prise en charge mais plutôt quelle forme et quelle couleur donner à cette nouvelle prise en charge?

Le problème de la continuité thérapeutique pose aussi le problème des informations sur les capacités d'évolution du sujet. Ces capacités peuvent nous permettre de fixer des objectifs de prise en charge. Mais finalement, en un temps de stage si court, il était illusoire d'envisager des acquis chez Monsieur M.

Ici, cette réalité qui s'est imposée à moi n'est pas spécifique à Monsieur M., les priorités de ma prise en soin, mes objectifs et ma façon de les atteindre étaient mal définis à cause de ma mauvaise connaissance de la population. Face à une population de Foyer de vie, les objectifs sont parfois minimes, mais il me semble que l'on doit être confronté à cela pour vraiment en prendre conscience.

Le projet thérapeutique, le travail proposé et la manière de le proposer doivent s'adapter à une personne et non à un cas. Le psychomotricien doit donner une place importante aux informations contextuelles inhérentes à la personne, il doit se demander en face de qui il est, dans un but d'adapter et de personnaliser au mieux la prise en charge.

3. Donner une nouvelle forme à la prise en charge

Pouvoir revoir ses objectifs et méthodes de travail, apprendre à s'ajuster et à se positionner de façon adaptée à l'ambiance doit faire partie des capacités du psychomotricien.

3.1 D'une approche orientée vers le déficit à une approche orientée vers le renforcement de comportements positifs

La courte durée de mon stage ne me permettait pas d'envisager des acquisitions. Qu'est-ce que j'allais pouvoir apporter à ce jeune homme en seulement quelques mois? Je devais aussi faire face à ce problème de motivation, qui engendrait des difficultés d'investissement de la prise en charge chez Monsieur M. L'action du psychomotricien doit être guidée par le respect de la personne avant tout, alors comment l'aider face à ses difficultés?

Je décidais alors de me concentrer sur le présent, et je choisissais de guider mon approche sur le renforcement de comportements positifs plutôt que sur le déficit. En effet, lors de la rédaction de mon projet thérapeutique, j'avais émis l'hypothèse que l'anxiété était la conséquence d'une difficulté à se situer dans le temps et à comprendre le fonctionnement de son environnement. J'avais alors décidé d'agir et d'aménager l'environnement dans le but de contrer ce déficit. Mais comment m'appuyer sur le côté chaleureux de ce jeune homme, aimant la compagnie et attentionné aux autres, curieux et volontaire? Il me semble que favoriser les comportements positifs est aussi une façon d'aborder les comportements problèmes.

Mon action a été guidée par l'utilisation d'outils comportementaux, j'ai favorisé les activités qui étaient source d'apaisement pour Monsieur M., mais aussi celles qui le mettaient en situation de réussite, réussite à laquelle il était très sensible. J'ai laissé une grande place à l'humour et à l'échange. Je le laissais plus ou moins guider le jeu et apporter sa manière de l'approcher, car j'avais pu observer que lui donner des consignes c'était le déstabiliser. J'ai aussi favorisé le temps de détente en début de chaque séance.

En favorisant le temps de détente en début de séance, j'inhibais un processus d'escalade angoissant. Par la réussite et les activités plaisantes, je refocalisais l'attention de Monsieur M. sur des stimuli divertissants.

Cette approche comportementale permettait donc de réguler et de canaliser l'envahissement émotionnel et anxieux, l'agitation et la tension nerveuse. Elle favorisait l'appropriation d'une émotion positive.

3.2 Faire un avantage de la prise en charge individuelle en salle

Reprendre le travail mis en place par la psychomotricienne sur le planning journalier se voulait être une manière pour moi d'être au plus près d'un travail touchant au quotidien de Monsieur M. tout en travaillant en salle. Je souhaitais répondre à la plainte de l'équipe, c'est-à-dire répondre à un comportement qui se manifeste dans son quotidien, et je voyais une prise en charge individuelle en salle comme un inconvénient.

Je n'avais que très peu de contacts avec l'équipe, mais j'ai eu l'occasion d'échanger avec un éducateur spécialisé du groupe de vie de Monsieur M., il m'a fait part des difficultés que l'équipe avait par moments à cadrer et canaliser Monsieur M.. De mon côté, je rencontrais ces difficultés mais j'observais aussi en séance, que lors d'activités Monsieur M. pouvait être calme et posé. Une rencontre avec une intervenante de l'externat a pu mettre en évidence que lors d'activités dans lesquelles Monsieur M. côtoie d'autres résidents que ceux de son groupe de vie, il est plus calme, ne jure pas et est capable de se concentrer. Il s'intéresse à ce qui lui est proposé, fait preuve de curiosité et de volontariat. Pouvoir offrir un cadre ou un lieu que l'on pourrait dire « aseptisé », pouvoir fournir à Monsieur M. l'occasion d'être occupé et posé n'est-ce pas déjà apporter une réponse à certains comportements problématiques? Mes réflexions ont trouvé un écho auprès des éducateurs de Monsieur M..

Alors pourquoi ne pas justement utiliser le cadre qu'offre la salle de psychomotricité comme une pause en regard à son groupe de vie, au lieu de l'utiliser et de la vouloir en continuité. J'ai donc choisi d'utiliser la prise en charge individuelle en salle pour offrir un espace et un moment privilégié à ce jeune homme. Un moment « aseptisé » de toutes les autres relations qu'il a pu établir sur son groupe de vie.

De part une « isolation sociale », le cadre lui offre un environnement hypo stimulant, il permet une diminution de l'agitation et de la tension nerveuse, un moment d'apaisement. Dans ce lieu il oublie par moments le cadre de vie et certaines de ses responsabilités comme celle de devoir aller chercher le goûter par exemple.

Lui accorder un tel temps dans la semaine n'est-ce pas lui fournir un repère et aller dans le sens de son projet individualisé ?

3.3 Les aspects psychomoteurs

3.3.1 Attention soutenue

Lors du bilan et au début de la prise en charge, j'ai pu observer que Monsieur M. avait besoin de stimulation pour fixer son attention et mener à bien l'activité en cours. Dans cette activité il pouvait être calme. Lorsque je stoppais l'activité, Monsieur M. présentait une agitation l'empêchant de mener à bien une nouvelle activité. Je perdais le bénéfice de l'activité précédente.

Le fait de pouvoir laisser le choix de l'activité à Monsieur M. ou de favoriser les activités qui étaient source de plaisir permettait tout d'abord d'éviter de devoir trop le stimuler verbalement pour qu'il puisse fixer son attention sur l'activité proposée. Ensuite, le fait de le laisser plus ou moins guider la séance, amenait Monsieur M. à s'arrêter de lui-même. Je perdais donc moins le bénéfice de l'activité précédente, mais c'était aussi et surtout une manière de travailler sur son trouble de l'attention, nous pouvons penser que petit à petit, la durée passée sur une activité va pouvoir s'allonger. L'idée de vouloir structurer la séance était donc une erreur.

3.3.2 Succession

La temporalité est un champ d'action de la psychomotricité, même si dans la pratique courante ce type de travail ne constitue pas un objectif rééducatif fréquent. Le temps recouvre deux aspects qui sont la notion de durée et la succession. De manière évidente, l'ordre est donné dans l'organisation même du successif. La perception de l'ordre n'intervient que si les stimulations successives sont susceptibles de s'organiser entre elles.

C'est ainsi que selon moi l'expérience répétée de la structure temporelle du tour de rôle au travers d'un jeu est une façon d'aborder la notion de succession. Aussi, l'organisation même de la séance, plus ou moins dirigée par Monsieur M. dans le choix des activités le confronte à des représentations mentales « avant » et « après », ne serait-ce que dans le fait de ranger un jeu avant d'en sortir un autre. Cela l'amène petit à petit à prendre conscience du début et de la fin d'un événement.

Ce travail est d'autant plus ajusté à la personne de Monsieur M. car le travail sur cette notion de succession est implicite, il ne met donc pas en jeu les problèmes de motivation rencontrés au début de la prise en charge. Aussi, de par cette approche, Monsieur M. est réellement en situation

spontanée, en effet, j'ai eu l'occasion d'observer en bilan, tout comme au début de sa prise en charge, qu'en situation de demande Monsieur M. était en difficultés.

3.3.3 Relaxation

Pour l'évaluation initiale mais aussi au début de la prise en charge, je réutilisais en début de séance le temps de détente que la psychomotricienne avait mis en place en fin de séance, je notais qu'il favorisait une meilleure attention et des actes moins emprunts à une certaine impulsivité.

J'avais pensé, peut être par la suite introduire durant ce temps des consignes « adaptées », cependant je ne pouvais faire appel à l'imagerie mentale et, solliciter Monsieur M. pendant ce temps le parasiterait plus qu'autre chose. J'ai donc laissé ce temps tel qu'il était, Monsieur M. arrivait, s'allongeait sur un matelas, et écoutait une musique de relaxation.

Petit à petit, j'ai pu introduire des ralentisseurs à travers certaines activités, l'idée était de faire « tâter » l'immobilité à Monsieur M. par différents leviers, à travers des jeux de postures, des parcours d'équilibre, en faisant le moins de bruit possible ou bien le plus lentement possible. C'était finalement une manière de l'amener à se poser et de ne pas être constamment sur le qui-vive même à travers une activité.

L'introduction de ralentisseurs m'a aussi permis de contourner les difficultés que je rencontrais dans ma capacité à le canaliser, une relation de confiance n'étant pas tout à fait établie, verbaliser que la vitesse ne fait pas accélérer le temps pour l'amener à se poser n'était pas toujours efficace. L'utilisation de ralentisseurs m'a permis de le faire de manière implicite.

Discussion

C'est avant tout la complexité du cas de Monsieur M. et un contexte particulier qui m'ont permis cette réflexion. En effet, nous sommes ici dans le cas d'un jeune homme, qui a intégré récemment le Foyer de vie, et pour qui une intégration en ateliers protégés ne s'envisage pas. Aussi, le travail à envisager avec ce jeune homme devait approcher une rééducation en individuelle touchant à la sphère cognitive. C'est un contexte et une situation que je n'avais pas envisagée avant de débiter mon stage en Foyer de vie. Un précédent stage en Foyer de vie m'avait mis face à des sujets vieillissants, pour qui l'on s'orientait vers un maintien des capacités physiques, pour contrer un processus de vieillissement précoce à travers des prise en charge en groupe, ou en individuelle.

Cette courte expérience dans le temps, la symptomatologie de Monsieur M. et troubles associés m'ont tout juste permis d'apprendre à le connaître, à m'ajuster à lui et de laisser se dessiner une nouvelle forme de séance. La question de gains thérapeutiques après cette mise en place se pose bien évidemment. Il me semble qu'un re-test sur la trame du premier bilan que j'avais mis en place pour l'évaluation initiale de Monsieur M. n'est pas adapté. L'idée serait alors, à partir de cette forme de séance, d'établir une grille d'observation, afin de comparer au fil du temps Monsieur M. à lui-même. Cette grille pourrait prendre en compte le temps passé sur une activité, les verbalisations hors tâches en rapport avec le temps ou ses angoisses concernant les responsabilités qu'il doit assumer sur son groupe de vie, la capacité à attendre son tour lors d'un jeu ou encore sa prise d'initiative dans le déroulement d'une séance... Etc. Cependant, cette mesure doit prendre en compte le caractère fluctuant des capacités et de l'agitation de Monsieur M. et il est clair que le psychomotricien ne peut pas remplir cette grille à chaque séance. Une telle situation pourrait faire naître ou renforcer une anxiété liée à la situation duelle, elle nuirait au bon déroulement de la séance et à une relation thérapeutique en cours de construction.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis de voir qu'au-delà d'acquis théoriques, techniques, et de connaissances qui permettent de guider une approche psychomotrice, une dimension humaine s'y ajoute. Elle s'impose au thérapeute. Cette dimension est d'autant plus prégnante en Foyer de vie, le thérapeute doit en effet faire face aux troubles associés qui peuvent entraver le bon déroulement d'une prise en charge.

Aussi, à travers de ce stage, j'ai appris à connaître la population de Foyer de vie. Il en résulte que les projets thérapeutiques que l'on peut faire pour ces personnes peuvent paraître très modestes. Mais le psychomotricien et son patient peuvent tout de même y trouver des bénéfices directs.

A travers cette première approche, j'ai du apprendre à m'ajuster à la personne, remettre en question mon travail, réadapter mes objectifs afin qu'ils soient plus cohérents et ma manière de conduire une séance. Cette première approche a permis de faire évoluer ma façon d'agir et de me positionner en tant que personne.

ANNEXES

BILAN PSYCHOMOTEUR - FOYER DE VIE « LES MARRONNIERS »

Nom :

Prénom :

Date de naissance (connue?) :

Date du bilan :

Age (connu?) :

ASPECT PERCEPTIF ET COGNITIF

Attention soutenue

Thomas /80

Schéma corporel

Montrer les parties du corps sur soi, puis sur l'autre.

Tête	Œil
Oreilles	Nez
Menton	Front
Bouche	Dents
Epaules	Bras
Coudes	Poignets
Mains	Doigts
Ventre	Torse
Fesses	Cuisses
Jambes	Genoux
Chevilles	Pieds
Joues	Cou
Orteils	Talons

Praxies

Praxies idéomotrices, Berges-Lezine

Mouvement des mains /10

Mouvement des bras /10

Total /20

Gestes complexes /16

Praxies idéatoires

Faire semblant de :

-Se brosser les dents

-Lire un livre

-Dessiner

-Se coiffer

-Manger

-Mettre son manteau

-Enfiler un pantalon

Visuoconstruction

Figure de Rey B

Copie : /31 Temps de copie : ... minutes

Type :

Mémoire : /31 Temps de copie : ... minutes

Type :

Figure de Rey A

Copie : /36
Type :
Mémoire : /36
Type :

Temps de copie : ... minutes
Temps de copie : ... minutes

Organisation temporelle

Connait la date du jour :
Jours de la semaine :
Mois de l'année :
Saisons :

Repères dans la semaine : Hier ? Demain ? Avant hier ? Après-demain ?

Repères dans la journée : Matin ? Après midi ? Midi ?

Notion de durée : Est-ce que c'est bientôt Noël ou déjà passé ? Et ton anniversaire ?

Connait son emploi du temps de la semaine :

Repères spatiaux

Repérage par rapport à soi, montrer avec la main :
En haut
En bas
Devant
Derrière
A droite
A gauche

Repérage sur autrui :
Devant
Derrière
A droite
A gauche

Repérage par rapport à un objet, aller chercher des objets disposés à différents endroits:

Dessus
Dessous
Dedans
Devant
Derrière
A droite
A gauche

Perception visuelle/connaissance des formes

Reproduction de formes sur consignes orales et consignes visuelles :
Rond
Carré
Croix
Triangle
Rectangle
Losange

Frostig

Discrimination figure-fond, subtest II

Constance de forme, subtest III

Rythme

Tempo spontané :

Reproduction de structures :

ASPECT MOTEUR

Appareillage :

Posture :

Coordinations dynamiques générales

Marche :

Course :

Monter une pente :

Descendre une pente :

Monter un escalier :

Descendre un escalier :

Enjambées successives alternées :

Passer dessus une barre :

Passer sous une barre :

Sauts pieds joints sur place :

Sauter au dessus d'une brique :

Sauts sur pied D :

Sauts sur pied G :

Equilibre statique

Pieds joints : ... secs

yeux fermés : ... secs

Pointe des pieds : ... secs

yeux fermés : ... secs

Pied droit : ... secs

yeux fermés : ... secs

Pied gauche : ... secs

yeux fermés : ... secs

Equilibre dynamique

Avancer talons-pointes sur une ligne de 3m

Reculer talons-pointes sur une ligne de 3m

Coordinations oculo motrices

Attraper une balle : D /5

Type de prise :

G /5

Type de prise :

2mains /5

Type de prise :

Lancer une balle : D /5

Type de lancer :

G /5

Type de lancer :

Shooter dans une cible D /5

G /5

Echelle de coordination motrice de charlop-Atwell

Motricité fine

Planche à chevilles

Tapping

Graphomotricité

Frostig, coordination visuo-motrice, subtest I

Tenue du crayon :

Dominance latérale

Main :

Pied :

Œil :

Tonus et mouvements anormaux

Ballant : pendulisme - blocage - freinage - mouvement volontaire

Chute : libre ou non - pendulisme - blocage - freinage - mouvement volontaire

Réaction à la poussée :

Réaction tonique au toucher :

Syncinésies pendant certaines épreuves :

Mouvements anormaux : tics-stéréotypies /Autre :

ASPECTS RELATIONNELS ET COMPORTEMENTAUX

Relation duelle

Comportement, présence ou absence d'anxiété en présence d'un résident ?

Comportement, présence ou absence d'anxiété en présence d'un encadrant ?

En groupe

Comportement en groupe, relations affectives avec les pairs ?

Communication

Verbale ? Non Verbale ? Contacts physiques ?

Autonomie

Prise d'initiative ? Besoin de sollicitations ? Accompagnement nécessaire ?

M
A
T
I
N

Réveil



Activité



REPAS



A
P
R
E
S
-
M
I
D
I

Activité



REPAS



S
O
I
R

Coucher



Icones matin



Activités



Groupe de parole



Jardin



Courses



Informatique



Escalade



Psychomotricité



Départ en famille

Bibliographie

American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR, Critères Diagnostiques*. Paris : Masson

Azéma, B. ; Barreyre, J.Y ; Chapireau, F ; Jaeger, M. (2001). *Classification internationale des handicaps et santé mentale*. Paris : CTNERHI.

Cambier, J. ; Masson, M. ; Dehen, H. ; Masson, C. (2008). *Neurologie - Collection Abrégés de Médecine*. 12^e édition, Editions Masson.

Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs*. Marseille : Solal.

Droit-Volet, S. ; Meck, W. (2007). How emotions colour our time perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 1, 12, 504-503.

Droit-Volet, S. ; Wearden, J. (2003). Les modèles d'horloge interne en psychologie du temps. *L'année psychologique*, 104, 617-654.

Expertise collective, INSERM. (2004). *Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge*. Paris : INSERM.

Gautie S. (2006). *Un travail de psychomotricité en foyer d'accueil médicalisé*. Mémoire de psychomotricité.

Graziani, P. *Anxiété et troubles anxieux - Collection universitaire de poche*. Editions Armand Colin.

Lebreton C. (1999). *Troubles de l'attention et retard mental*. Mémoire de psychomotricité.

Lerebours A. (2004). *Perception du temps et trisomie 21*. Mémoire de psychomotricité.

Manent, G. (2009). *L'enfant et la relaxation*. Editions le souffle d'or.

Matell, M. ; Meck, W. (2004). Cortico-striatal circuits and interval timing : Coincidence-detection of oscillatory processes. *Cognitive Brain Research*, 21, 139-170.

Pouthas, V. ; Macar, F. (2005). Les base neurales de la perception du temps et de la régulation temporelle de l'action. *Psychologie Française*, 50, 27-45.

Salbreux, R. (2001). Déficiences intellectuelles de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : conceptions françaises. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 12, 2, 217-227.

Servant, D. (2009). *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques - Collection pratiques en psychothérapie*. Editions Masson.

Thomas, P. ; Arzimanoglou, A. (2003). *Epilepsie - Collection Abrégés de Médecine*. 3^e édition, Editions Masson.

Wittmann, M. ; Paulus, M.P. (2008). Decision making, impulsivity, and time perception. *Trends in cognitive Sciences*, 12, 7-12.

Remerciements

Je tiens à remercier Mr Bernard Coustes pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils.

Je remercie également Karine Ginestet de m'avoir offert la possibilité de réaliser ce travail, ainsi que de m'avoir accordé son aide et ses conseils.

Je remercie enfin Monsieur M. pour sa patience, son humour, et pour m'avoir guidé vers cette réflexion.

RESUME

Les Foyers de vie accueillent des adultes qui présentent une déficience intellectuelle nécessitant un accompagnement spécialisé. L'étiologie des retards mentaux confère à chacun un fonctionnement particulier et une manière unique d'être au monde. C'est à travers mon travail autour de la prise en charge psychomotrice d'un jeune adulte que je montre qu'au-delà d'une technicité qui guide une approche psychomotrice, une autre dimension plus prégnante en Foyer de vie peut s'imposer à nous. Elle pousse le thérapeute à apprendre à s'ajuster et à se positionner de façon adaptée à l'ambiance.

Mots clés : Foyer de vie, approche psychomotrice, déficience intellectuelle.

SUMMARY

The Homes life welcome adults who present an intellectual deficiency requiring a specialized accompaniment. The etiology of the mental delays confers to each a particular functioning and a only way to be for the world. It is through my work around the psychomotor care of a young adult that I show that beyond a technicality which guides a psychomotor approach, another dimension more pronounced in Homes life can impose upon us. It urges the therapist to learn to fit and to position in a way adapted to the atmosphere.

Key words : Home life, psychomotor approach, mental retardation.