



HAL
open science

Prévenir les chutes des personnes âgées en EHPAD. Une médiation yoga en psychomotricité

Christian Ruvira

► **To cite this version:**

Christian Ruvira. Prévenir les chutes des personnes âgées en EHPAD. Une médiation yoga en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562184

HAL Id: dumas-01562184

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562184>

Submitted on 13 Jul 2017

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège sciences de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Prévenir les chutes des personnes âgées en EHPAD

Une médiation yoga en psychomotricité

Christian RUVIRA

Né le 06/01/1990

Mai 2017

Directeur de Mémoire : Sandy COMET

Prévenir les chutes des personnes âgées en EHPAD

Une médiation yoga en psychomotricité

Remerciements

J'adresse mes remerciements à ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Mlle Sandy COMET, psychomotricienne dans l'EHPAD où j'ai effectué mon stage de troisième année, et directrice de ce mémoire, pour l'étayage de ma réflexion clinique, les apports théoriques et la contribution au choix de ce sujet.

Je remercie aussi Mme Céline ROBERT, responsable des stages à l'IFP Bordeaux, qui m'a donné des pistes de recherches et de réflexion psychomotrice en cours d'année.

Je souhaite aussi particulièrement remercier Mme Marie-Hélène GOVIGNON, professeur et dirigeante de l'Espace Yoga à Bordeaux, pour ses apports pratiques, éthiques et théoriques dans le yoga.

Enfin, mes remerciements vont à M. Frédéric CHARBONNIER pour les photos en annexe de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
--------------------	---

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1. Origines et répercussions des chutes chez la personne âgée

1. <u>Étiologies des chutes</u>	6
1.1. Facteurs prédisposants	6
1.2. Facteurs précipitants	14
1.3. Un phénomène multifactoriel	14
2. <u>Conséquences des chutes</u>	
2.1. Conséquences physiques	16
2.2. Conséquences psychiques	17
2.3. Conséquences psychomotrices	17
2.4. Une atteinte des représentations du corps	21
Synthèse du chapitre 1	23

Chapitre 2. Prévenir les chutes des aînés par la médiation yoga en psychomotricité.

1. <u>Place de la psychomotricité dans la prévention des chutes</u>	24
1.1. Définition	24
1.2. L'examen psychomoteur	26
1.3. Le projet thérapeutique	35
2. <u>Prévenir les chutes avec le yoga</u>	40
2.1. Yoga des origines à aujourd'hui	40
2.2. Présentation de la pratique	41
2.3. Yoga et psychomotricité	48
Synthèse du chapitre 2	51

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 3. Élaboration d'un atelier yoga en EHPAD	53
1. Mise en place de l'atelier	53
2. Le cadre	54
3. Déroulement des séances	55
4. Adapter le yoga à la psychomotricité	60
Chapitre 4. Une médiation yoga en séance groupale : cas d'Isabelle	63
1. Anamnèse	63
2. La rencontre et l'intégration dans l'atelier	66
3. Evolution dans les séances	66
4. Conclusion d'Isabelle	70
Chapitre 5. Une médiation yoga en séance individuelle : cas d'Adeline	72
1. Anamnèse	72
2. La rencontre	74
3. L'examen psychomoteur	75
4. Le soin psychomoteur	77
5. Conclusion d'Adeline	82
Chapitre 6. Discussion générale	84
1. Réflexion sur la pratique	84
2. Prévention, éducation, rééducation	87
3. Limites	89
Conclusion	91
Références bibliographiques.....	92
Annexes	97

Introduction

« *Il ne suffit pas de donner des années à la vie, il faut donner de la vie aux années* ». Cette devise de l'Association Américaine de Gériatrie résume bien ma prise de conscience de quelques enjeux sociétaux à l'époque où je travaillais avec des personnes âgées résidant en institution, avant mes études de psychomotricité. J'ai lu cette phrase sur une brochure lors d'un colloque de la Fondation Nationale de Gériatrie en 2012. Pendant cinq ans, cette phrase m'est revenue plusieurs fois à l'esprit, m'inspirant une attention toujours plus bienveillante et portée sur un questionnement de nos pratiques sociétales en matière de soin. Ainsi, salarié en institution pendant presque trois ans, j'ai vécu une expérience relationnelle très enrichissante et positive avec nos aînés. Lors de mon arrivée en psychomotricité, j'avais déjà choisi d'effectuer un stage dans l'univers gériatrique pour la troisième année d'études. À l'aboutissement de ma formation, j'effectue un stage de deux jours par semaine dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Connus sous l'ancienne appellation « maisons de retraites », ces établissements se caractérisent par la présence d'une équipe médicale et paramédicale. La personne âgée devient donc un « résident », et construit avec l'équipe de soins un projet thérapeutique et un projet de vie au sein de l'établissement. C'est dans ce contexte que des psychomotriciens travaillent dans ces établissements, se joignant à une équipe paramédicale salariée. Les cas et observations cliniques de ce Mémoire viennent de ce lieu de stage.

« Personnes âgées », « aînés » ou encore « séniors ». Il existe beaucoup de termes pour désigner les individus les plus âgés dans la population générale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne âgée correspond à n'importe quel individu dont l'âge chronologique est au-delà de 60 ans. En effet, dans la société occidentale moderne, une personne entre dans le groupe social « *retraités et personnes âgées* » à partir du départ à la retraite. L'âge de l'entrée dans la vieillesse dépendrait donc surtout de l'organisation sociale d'une société donnée (Hervy, 2008). Dans notre culture actuelle, on distingue les adultes de plus de 60 ans (troisième âge) de ceux de plus de 80 ans (quatrième âge). Cette terminologie, bien que très utilisée actuellement, reste toutefois limitée, car elle ne prend pas compte du fait qu'être « âgé » dépend de l'espérance de vie

moyenne et des représentations sociales de la vieillesse. En effet, Aquino (2009) rappelle qu'un septuagénaire d'aujourd'hui n'est pas aussi âgé qu'un septuagénaire de 1900. Tout comme cet auteur, certains préfèrent parler en termes de « sexagénaire », « septuagénaire », « octogénaire », « nonagénaire » et « centenaire », faisant ainsi changer les sujets de catégorie chaque décennie. Cette terminologie a le mérite d'être plus précise, car une « personne âgée » de 65 ans n'est pas exposé aux mêmes enjeux qu'un aîné de 95 ans. En EHPAD, chaque résident est classé selon la grille AGGIR, une lecture nationale du degré de dépendance des sujets âgés, qui permet à la fois de fixer le montant d'une allocation personnalisée d'autonomie, ainsi que d'évaluer le degré d'aide institutionnelle nécessaire. Les niveaux de dépendance sont répartis en six « groupes iso-ressources » (Gir), allant de Gir6 pour les personnes autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne, à Gir1 pour les personnes alitées en en fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'aidants (Cf. Annexe N°1).

Avec l'allongement de l'espérance de vie et la réduction du taux de natalité dans la population générale ces dernières années, on assiste aujourd'hui au vieillissement mondial de la population. En France, avec les recensements, on décompte aujourd'hui plus d'un million de personnes de plus de 85 ans, alors qu'ils n'étaient que 578 600 en 1975. En effet, en plus de facteurs historico-démographiques (*papy-boom*, diminution du taux de natalité), les progrès de la recherche médicale et des conditions de vie allongent l'espérance de vie à la naissance. Elle se situe aujourd'hui à 84,1 ans pour les femmes et 77,2 ans pour les hommes, et s'accompagne d'un accroissement du temps vécu sans incapacités (Cassou, 2008). La sénescence (le processus de vieillissement biologique normal) entraînent des déficiences multidimensionnelles, entraînant parfois chez le sujet âgé des difficultés d'adaptation au milieu de vie. On parle de vieillissement pathologique lorsqu'une grande perte d'autonomie se manifeste, ainsi que des maladies chroniques ou dégénératives. L'enjeu majeur est donc de maintenir les capacités et la qualité de vie des aînés le plus longtemps possible. Ainsi, la croissance de l'espérance de vie et du nombre de sujets âgés dans la population générale, s'accompagne d'une plus grande attention portée à la diversité des changements qui s'opère avec l'avancée en âge (Meyrignac, 1998). Les approches et les études pluridisciplinaires sont donc variées et se multiplient (Aubert & Albaret, 2001). D'après Aquino (2009), ces phénomènes vont transformer profondément la structure de la population française dans les années à venir.

Parmi les enjeux du vieillissement, le phénomène de chute est un problème majeur, largement observable en EHPAD. Sur mon lieu de stage, ce phénomène a très rapidement recruté mon attention. Sa fréquence et les conséquences qui en découlent chez certains sujets ont de quoi attirer l'attention d'un psychomotricien. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la chute accidentelle se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée, non-contrôlée par la volonté* ». Le nombre de chutes augmente avec l'âge, touchant un tiers des plus de 65 ans, et une personne sur deux après 85 ans (Dargent-Molina & Bréart, 1995). La chute est donc un problème de santé publique, face auquel la prévention doit tenir une place centrale. Quelle est la place du psychomotricien dans la prévention des chutes des aînés ? En quoi cette profession est-elle légitime dans ce domaine ? Ce Mémoire tentera notamment d'y répondre. Il s'agira d'amener un regard singulier sur le travail possible du psychomotricien auprès de la personne âgée, et plus spécifiquement dans le domaine de la prévention des chutes.

Lors de mes premières réflexions en matière de prévention des chutes, un regard psychomoteur m'a rapidement amené à faire des liens avec ma propre expérience de pratique corporelle. En effet, cela fait quelques années que je pratique le yoga, à raison de plusieurs fois par semaines. Il s'agit d'un ensemble de pratiques psychocorporelles d'origines indienne qui se font de plus en plus connaître dans le monde pour leurs bienfaits somato-psychiques. Il existe des centaines d'approches du yoga, et j'en pratique moi-même plusieurs dans ce domaine. Au départ avec une certaine réserve, mes liens occasionnels entre yoga et prévention de chutes se sont fait de plus en plus évidents, fréquents, au point que je mis en place dans l'institution un groupe thérapeutique à médiation yoga en vue de prévenir les chutes des résidents. Encouragé par la psychomotricienne de l'institution, j'ai choisis d'aborder, dans ce mémoire, la problématique suivante :

Le yoga peut-il être une médiation en psychomotricité ? Qu'est-ce qui, dans cette pratique psychocorporelle, peut être utilisé par le psychomotricien à des fins thérapeutiques ? Dans la prévention des chutes, quels sont les apports que le yoga peut offrir au psychomotricien ? Si le yoga a bien des apports en psychomotricité en matière de prévention des chutes, quels sont les intérêts de cette médiation, et quelles en sont les limites ?

Au fil de ce Mémoire théorico-clinique, je tenterai de répondre à chacune de ces questions, et en amènerai d'autres. Dans une première grande partie « théorique », afin de bien comprendre ce qui se joue dans la chute de la personne âgée, j'aborderai d'abord les causes et les conséquences des chutes. Dans un chapitre suivant, sera explorée la question de la prévention des chutes, abordant notamment le rôle et la spécificité du psychomotricien dans ce domaine. Puis viendra la question d'une médiation yoga, suivie d'une analyse de ses apports psychomoteurs envers l'expérience de chute. Dans une seconde grande partie « clinique », je ferai une proposition d'une façon d'aborder le yoga en séance de psychomotricité. Après deux études de cas cliniques, je discuterai des enjeux de cette médiation en séances groupales ou individuelles, et porterai une réflexion sur sa place en psychomotricité. Nous discuterons également les intérêts et les limites de cette médiation.

Il s'agit donc d'enrichir l'éventail des médiations possibles dans notre profession, en proposant un regard psychomoteur sur le yoga, et offrant une réflexion sur son utilisation en psychomotricité pour prévenir les chutes des personnes âgées.

Partie Théorique

Chapitre 1. Origines et répercussions des chutes chez la personne âgée

Avant d'aborder la prévention des chutes chez le sujet âgé, il convient d'explorer préalablement les causes (étiologies) et les conséquences de ces chutes. Nous verrons que si les étiologies sont nombreuses et issues de plusieurs facteurs, les conséquences sont de nature éminemment psychomotrice.

I. Étiologies des chutes

Campbell et ses collaborateurs (1989) expliquent que la chute est un processus multifactoriel, avec des étiologies variées qui interagissent entre elles. La chute survient généralement avec la combinaison de facteurs prédisposants et de facteurs précipitants.

1.1. Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants renvoient essentiellement à des causes intrinsèques, c'est-à-dire qui dépendent de la personne avec ses troubles liés au vieillissement ou à des pathologies.

1.1.1. L'instabilité posturale

L'équilibration peut être définie comme la fonction sensori-motrice qui permet de stabiliser le centre de gravité au cours de perturbations externes ou auto-initiées (Horak, 2006). L'équilibre statique (unipodal ou bipodal) correspond à l'équilibre en l'absence de mouvements ou de déplacements. L'équilibre dynamique correspond à l'équilibre s'opérant lors de mouvements, de déplacements, ou de transferts (c'est-à-dire le passage d'une position à une autre, comme se lever du fauteuil pour se mettre debout). D'après Horak (2006), l'équilibration résulte de l'alignement du centre des masses du corps avec la base-support des pieds. Ce centre de gravité, situé approximativement entre le nombril, la colonne lombaire et le bassin, doit se projeter verticalement à l'intérieur du polygone de sustentation pour maintenir une structure organique en équilibre.

Ainsi, la perte d'équilibre se manifeste par le déplacement du centre de gravité en dehors du polygone de sustentation, comme dans le schéma N°1.

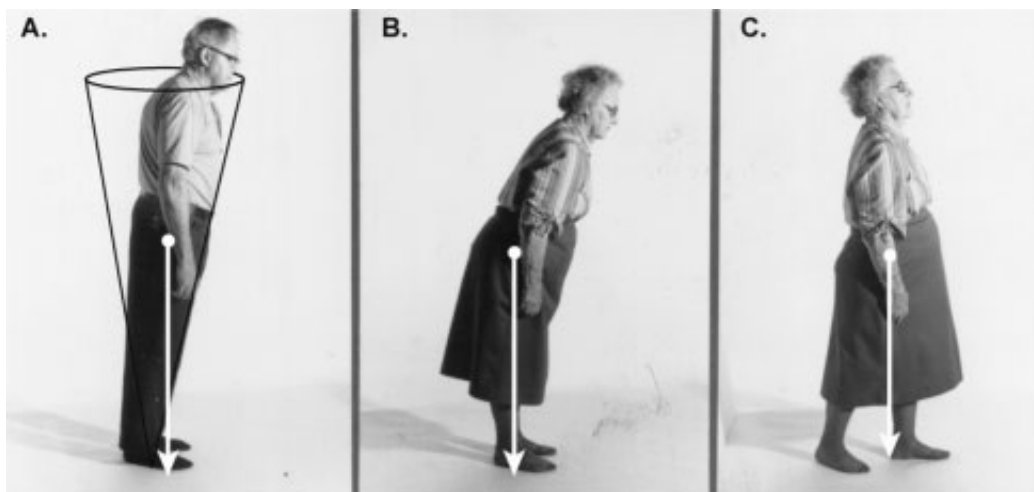


Schéma N°1 : le centre des masses relié à la base support (Horak, 2006). L'image A présente un homme gardant le centre des masses dans le polygone de sustentation. Il est donc en équilibre. L'image B montre une femme dont le centre des masses est davantage projeté en avant du polygone de sustentation, elle est donc en déséquilibre, et doit se rattraper par un élargissement de ce polygone au niveau de la base-support (image C).

Pour Fasano et son équipe (2012), ce **trouble du centre des masses** concerne davantage l'équilibre statique. D'après les auteurs, ce trouble s'observe cliniquement par des oscillations antéro-postérieures de l'axe. Selon Innocent-Mutel (2015), les oscillations latérales sont plutôt associées à des pathologies comme l'ataxie, la maladie de Huntington et des formes atypiques de Parkinson. L'instabilité posturale est causée par plusieurs facteurs que nous allons détailler ultérieurement : la perte de force musculaire, la diminution des afférences sensorielles, la présence de troubles attentionnels et dysexécutifs et la perte de stratégies d'équilibration.

1.1.2. Les troubles de la marche

En relation directe avec les troubles de l'équilibre, des troubles de la marche surviennent fréquemment avec l'âge. La marche est une activité qui se traduit par une succession de déséquilibres contrôlés, via l'alternance des membres inférieurs, permettant un déplacement dans un espace orienté vers un but.

Si, comme nous l'avons dit, Fasano et ses collaborateurs (2012) parlent d'un trouble du centre des masses dans l'instabilité posturale, la perte de l'équilibre dynamique lors de la locomotion se caractérise davantage par un **trouble de la base-support**, c'est-à-dire un dysfonctionnement dans le déroulé du pas sur le sol, ou dans le placement et la coordination des pieds. Lors de l'initiation du pas et de la rotation du corps, mais aussi en fonction de l'état émotionnel et des contraintes environnementales, une perte d'équilibre peut donc s'initier. Innocent Mutel (2015) parle alors d'une « marche pathologique » qui se manifeste par un manque de rythmicité, peu de symétrie du pas, une coordination bilatérale dysfonctionnelle, ainsi qu'un contrôle postural dynamique désorganisé. Le schéma N°2 résume bien l'interaction entre le trouble du centre des masses et celui de la base support.

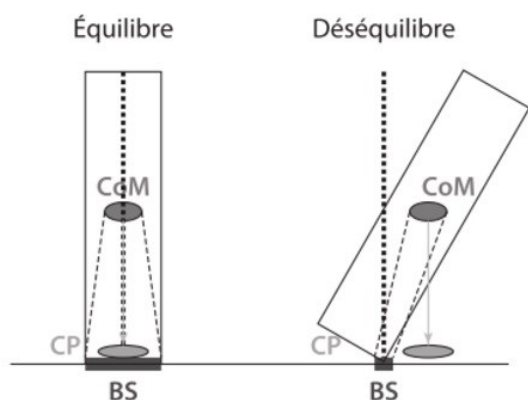


Schéma N°2 : représentation des troubles du centre des masses (CoM) et de la base-support (BS) par Olivier Beauchet dans Innocent-Mutel (2015).

1.1.3. Déficience des stratégies d'équilibration

La mise en place inefficace de réflexes d'équilibration est aussi impliquée dans le trouble du centre des masses tel que le confirme Innocent Mutel (2015). Cette même auteure présente trois stratégies identifiées par Nashner et McCollum dès 1985, que nous représentons dans le schéma N°3. Il s'agit de la stratégie *cheville*, la stratégie *hanche* et la stratégie *verticale*.

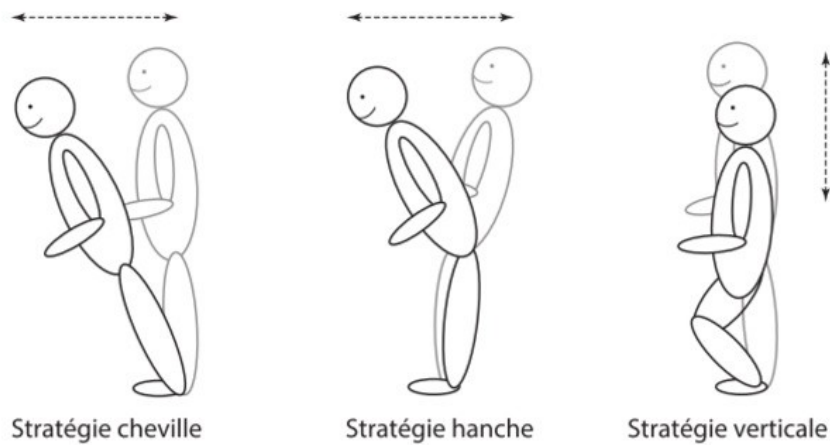


Schéma N°3 : les trois stratégies posturales décrites par Nashnet & McCollum (1985, dans Innocent-Mutel, 2015).

Horak (2006) distingue parmi ces ajustements posturaux ceux qui sont **anticipés** de ceux qui sont **réactifs**. Les ajustements anticipés sont initiés volontairement, suite à un déséquilibre délibéré de la part du sujet. Or, les ajustements réactifs surviennent de façon spontanée et compensatoire suite à un déséquilibre qui n'a pas été anticipé. Ces dernières stratégies sont à concevoir comme des réflexes se succédant rapidement pour prévenir la chute. D'après Innocent Mutel (2015), si ces stratégies ne sont pas suffisantes pour rétablir un équilibre, d'autres réflexes de protection s'activent, comme des pas dans la direction opposée au déséquilibre. Globalement, ces réflexes de protection plus « secondaires » sont des mouvements plus amples. Si la chute survient, le sujet mettra en place des réactions pare-chute, par exemple en s'aidant de ses bras pour amortir l'arrivée au sol et ainsi limiter les traumatismes. Or, d'après l'auteure, ces stratégies ne sont fonctionnelles que si le sujet peut incliner le tronc suffisamment, si les afférences sensorielles sont assez fonctionnelles, et si les ressources attentionnelles et exécutives sont efficaces. Comme nous le verrons plus tard, ces fonctions peuvent être altérées avec l'âge.

1.1.4. Déclin des aptitudes physiques

D'après Aubert et Albaret (2001), le vieillissement normal entraîne une force musculaire plus limitée, avec une perte d'endurance, de souplesse, de vitesse et d'amplitude du mouvement, essentiellement due à une rétractation musculaire.

Cette perte d'aptitudes physiques peut être majorée par plusieurs décennies de « sédentarité » avec un manque d'activité physique. Cependant, le grand âge amène parfois les sujets à désinvestir davantage leur mobilité avec le temps, ce qui s'appelle **l'immobilisme**.

D'après Fasano et son équipe (2012), la faiblesse musculaire majore le risque de chute de façon *directe*, en entraînant une fatigue musculaire brutale précipitant la chute. Mais elle agit aussi de façon *indirecte* sur le risque de chute, en majorant les troubles de l'équilibration et de la marche. D'après Sturnieks et ses collaborateurs (2008), ce serait la perte de souplesse de la hanche et de l'extension du genou qui serait essentiellement en cause dans les chutes.

1.1.5. Troubles de la perception

La sénescence entraîne un déclin progressif des fonctions sensorielles et perceptives, augmentant considérablement le risque de chute. D'après plusieurs auteurs (Woollacott, 1989 ; Sturnieks & al., 2008), les modalités sensorielles impliquées dans la survenue des chutes du sujet âgé sont la **vision**, la **proprioception**, la **perception tactile** et les **sensations vestibulaires**. Ces mêmes auteurs affirment qu'une mauvaise organisation cognitive de ces informations sensorielles peut entraîner des difficultés d'équilibre et de contrôle postural. Ainsi, la détérioration de ces fonctions s'opère à trois niveaux : au niveau de l'organe sensoriel lui-même, dans la conduction nerveuse de l'information dans l'organisme jusqu'aux voies centrales, ainsi que dans leur intégration corticale (Aubert & Albaret, 2001). C'est donc à tous les étages des voies sensorielles afférentes, depuis les récepteurs sensitifs jusqu'à l'intégration en un tout perceptif, que peut s'opérer une altération liée à la sénescence.

Les modifications de la **vision** liée à l'âge touchent tous les tissus, et altèrent toutes les composantes de la vision (Aubert & Albaret, 2001). Dans le rapport à la luminosité, le sujet devient de plus en plus sensible à l'éblouissement, avec une certaine photosensibilité. Le changement de luminosité demande ainsi un temps d'adaptation plus long chez une personne âgée par rapport à un sujet plus jeune (Welford, 1985).

La perception du mouvement décline aussi avec les années (Welford, 1985), notamment à cause de l'intégration sensorielle dans les aires corticales associatives qui est moins efficace. Même si le sujet bénéficie d'une correction oculaire, le traitement cognitif des informations visuelles reste fragile. Aubert et Albaret (2001) indiquent que Weston avait déjà montré en 1949 que le port de lunettes ne permettait pas de combler la difficulté des aînés à isoler les détails et les identifier.

La **proprioception** est la perception de la position des différentes parties du corps, qu'elle soit consciente ou non. Il s'agit d'un flux sensoriel continu qui renseigne le cerveau sur le tonus musculaire, les positions des différents segments corporels entre eux, ainsi que la kinesthésie (sensation de mouvement). Ses capteurs (appelés propriocepteurs) sont situés dans les muscles, les tendons, les ligaments et les articulations. D'après Tavernier-Vidal & Mourey (1991), la proprioception décline avec l'âge, en raison de la diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires. La sensibilité proprioceptive est alors altérée, perturbant la perception du corps en mouvement. Ceci peut conduire à des postures et des mouvements inadaptés à l'environnement du sujet, pouvant favoriser la chute.

Le **vestibule** est un organe situé dans le labyrinthe osseux de l'oreille interne. Il se localise entre les canaux semi-circulaires et la cochlée. Il contient deux poches reliées entre elles, le saccule et l'utricule. Grâce à des cellules ciliées, récepteurs situés dans le vestibule et les crêtes ampulaires des canaux semi-circulaires, il renseigne le cerveau sur la position, l'inclinaison et les mouvements de la tête. Ainsi, quelque soit la position du corps, surviennent des ajustements moteurs et oculomoteurs, conscients ou non, pour s'ajuster à la verticalité. L'appareil vestibulaire a donc un rôle essentiel dans la fonction d'équilibration. D'après Aubert et Albaret (2001), le nombre de cellules ciliées dans les crêtes ampulaires diminue de 40 % après 70 ans. Lorsqu'un sujet avec de faibles afférences vestibulaires se déplace, des modifications compensatoires s'opèrent dans la locomotion du sujet afin de palier ces pertes, ce qui, d'après ces auteurs, peut participer à des troubles de l'équilibre, majorant ainsi le risque de chute.

La **perception tactile** du sujet âgé est également altérée, malgré une très forte variabilité interindividuelle (Aubert & Albaret, 2001). La diminution du nombre de récepteurs tactiles et digitaux entraîne un seuil de sensibilité deux fois plus élevé que chez des sujets plus jeunes. Ainsi, le tact digital et plantaire diminue avec l'âge, favorisant une perte de conscience des appuis.

1.1.6. Altération des processus cognitifs

Les troubles de la marche et de l'équilibre peuvent être provoqués par des troubles attentionnels et dysexécutifs. En effet, Fasano et ses collaborateurs (2012) montrent que ces troubles, dans leur relation avec l'environnement, sont la première cause de chute chez les sujets âgés chuteurs. Dans l'équilibre statique, cette atteinte des processus cognitifs s'impliquerait dans la station debout davantage que dans la station assise (Horak, 2006). Dans l'équilibre dynamique et en particulier la marche, effectuer une double tâche (marcher et parler, par exemple) devient plus complexe avec l'âge (Lacour & al., 2008), s'expliquant par une difficulté à fixer des priorités dans l'exécution simultanée de plusieurs tâches. En effet, le vieillissement cérébral entraînant une baisse d'activité du cortex préfrontal, la mémoire de travail est perturbée, entraînant un trouble dysexécutif. D'après Albaret et ses collaborateurs (2001), l'intrusion d'une information non-pertinente en mémoire de travail est susceptible de provoquer un élément de distraction par rapport à une tâche primordiale, et il peut y avoir par ailleurs maintien en mémoire de travail de cette information non-pertinente.

Des troubles attentionnels apparaissent ainsi, avec une difficulté dans l'attention sélective et l'attention soutenue. D'après Aubert et Albaret (2001), plusieurs auteurs ont démontré que l'instabilité posturale et les troubles de la marche étaient majorés lorsque l'attention est sollicitée par plusieurs tâches cognitives. L'orientation spatiale devient alors un enjeu pour l'équilibration si l'environnement du sujet n'est pas suffisamment traité.

1.1.7. Facteurs psychologiques

Deux facteurs prédisposants plus psychopathologiques entrent également en scène dans la survenue de chutes : la **peur de tomber** ainsi que la **dépression**.

La peur de tomber n'est pas seulement une conséquence possible des chutes, comme nous le verrons, mais est aussi un facteur prédisposant. Gaxatte et ses collaborateurs (2011) ont ainsi montré une corrélation positive entre le nombre de chutes et la peur préalable de tomber. Innocent Mutel (2015) souligne à ce sujet que la chute répétée entraîne des modifications qualitatives et quantitatives de la marche et l'équilibre, majorant davantage le risque de chute. Cette peur de tomber peut entraîner une restriction des activités et de mobilité, amenant le sujet vers l'immobilisme qui, comme nous l'avons dit, entraîne un affaiblissement musculaire. Lorsque nous explorerons les conséquences des chutes, nous traiterons plus en détail les enjeux de la peur de la chute.

Fasano et son équipe (2012) montrent également que la dépression du sujet âgée, fréquente, peut être responsable de troubles attentionnels pouvant précipiter les chutes, en particulier en cas de traitement médicamenteux antidépresseurs. Wang et son équipe (2012) montrent que les sujets âgés en institution qui présentent des pathologies neurodégénératives ainsi qu'un traitement anti-dépresseur, avaient un risque très élevé de chute par rapport aux autres sujets du même âge. Prizer et ses collaborateurs (2014) précisent que l'association de symptômes dépressifs avec un traitement anti-dépresseur dans ses premières semaines majore le risque de chute dès l'âge de 50 ans.

1.1.8. Autres facteurs prédisposants

Parmi les autres facteurs de risque prédisposants de chute, la **polymédication** joue donc un rôle important. D'après Zia et son équipe (2014), plusieurs études ont montré que le risque de chute était majoré par la prise de plus de quatre médicaments par jours. Plus particulièrement, d'après la HAS, les *psychotropes* (benzodiazépine, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) et les *hypotenseurs* (diurétiques, antiarythmiques de classe I, digoxine) augmenteraient plus significativement le risque de chute. L'**arthrose** et les **déformations** dans les membres inférieurs sont également des facteurs prédisposants (Barbour & al., 2014).

1.2. Facteurs précipitants de la chute

Les facteurs précipitants de chute concernent essentiellement des facteurs qui interviennent occasionnellement, ils nous concernent donc moins en psychomotricité. Il s'agit surtout de manifestations somatiques aiguës ou de facteurs environnementaux. Parmi les affections somatiques intervenant dans la survenue de chute chez un sujet, on retrouve le plus fréquemment le malaise liée à l'hypotension orthostatique (Gangavati & al., 2011) ou l'hypoglycémie (Blair & Hazelwood., 2010). Au niveau neurologique, d'après la HAS, des troubles sensitivomoteurs d'origine vasculaire, qu'ils soient transitoires ou déjà constitués, peuvent précipiter la chute. L'environnement peut aussi être un facteurs de risque, notamment en cas de luminosité trop forte, d'encombrement, de configuration des lieux inadaptée, et aussi en cas de déchaussage du sujet. (Lord & al., 2006). On l'observe cliniquement régulièrement en EHPAD, des facteurs comportementaux et émotionnels peuvent aussi précipiter une chute, comme l'agitation ou une émotion très forte.

1.3. Un phénomène multifactoriel

La survenue de la chute résulte donc de l'interaction entre des troubles sensoriels, moteurs, cognitifs et psychologiques (facteurs prédisposants) et des caractéristiques environnementales ou la polymédication (facteurs précipitants). Les troubles de la marche et de l'équilibre sont par essence des étiologies plurifactorielles. Elles sont à concevoir ensemble, comme deux aspects de l'organisation somato-psychique d'un sujet. Le modèle de Fasano et ses collaborateurs (2012), présenté en Annexe N°2, résume l'interaction de ces différents facteurs prédisposants et précipitants.

Les troubles de la marche et de l'équilibre sont donc de nature éminemment psychomotrice, dans leurs liens avec le déclin des fonctions **sensorielles** (visuelles, vestibulaires et proprioceptives), la perte d'aptitudes **physiques** (faiblesse musculaire, perte de souplesse, de vitesse, d'amplitude et d'endurance), l'altération des fonctions **cognitives** (facultés attentionnelles et exécutives, intégration corticale des informations sensorielles), et leurs liens avec des facteurs **psychopathologiques** (dépression, peur de la chute). La psychomotricité se situe en effet au carrefour du somatique, du sensoriel, du cognitif et du psychique. On pourrait qualifier la chute d'« événement psychomoteur ».

On observe néanmoins une forte variabilité *interindividuelle* dans l'expression de la survenue des chutes. Chaque sujet âgé tombe avec son histoire, sa singularité, ses capacités et ses fragilités propres. On peut aussi observer une forte variabilité *intra-individuelle* concernant l'origine des chutes. En effet, chez un même individu, des variations surviennent en fonction des états émotionnels et de vigilance, de la médication et de l'environnement. Notons aussi que la survenue de chute arrive dans toutes les postures, mais survient essentiellement en locomotion ou lors de transferts. Mais pour chaque occurrence de chute, il s'agit toujours d'une association de plusieurs facteurs, dans la transaction entre le sujet et l'environnement.

II. Conséquences chutes

« Chuter », dans l'imaginaire collectif, semble impliquer une symbolique qui dépasse la simple perte d'équilibre qui amènerait le sujet au sol par erreur. Notre langage est teinté d'un imaginaire de la chute lié au déclin, à la perte, mais aussi à la honte. On parle de « la chute de l'ange » dans la culture judéo-chrétienne, ou encore de la « chute d'un empire ». Lorsqu'un jeune sujet sain tombe au sol, celui-ci peut généralement se relever. Même si cette chute a occasionné un quelconque traumatisme physique, en général l'événement est rapidement oublié, une fois la douleur passée, notamment en raison de la rareté du phénomène. C'est l'une des raisons pour laquelle la chute d'un sujet âgé n'implique pas les mêmes conséquences que la chute d'un sujet plus jeune. Pour les sujets âgés, souvent polypathologiques, polymédiqués et dans une préoccupation de la mort approchante, les chutes sont plus fréquentes, et amènent des répercussions à la fois **physiques, psychiques et psychomotrices** qui sont nouvelles pour eux.

Les conséquences que nous allons décrire ne surviennent pas généralement après une seule chute, mais plusieurs, bien que cela puisse être le cas selon la singularité de chacun. C'est pourquoi nous utiliserons le terme « expérience de chute », afin de rester général sans quantifier le nombre de chutes.

2.1. Conséquences physiques

Nous ne pourrions être exhaustifs en ce qui concerne les conséquences somatiques des chutes. En effet, comme on peut s'y attendre, les atteintes physiques varient très fortement en fonction du sujet, de la chute, et du contexte environnemental. D'une façon générale apparaissent des traumatismes physiques, avec fractures, hématomes, plaies ou douleurs.

Les **hématomes** chez le sujet âgé restent plus longtemps, notamment en raison de l'amincissement de l'épiderme et de la fragilité cutanée. Des traumatismes crâniens légers liés à la chute peuvent notamment entraîner un hématome sous-dural chronique, c'est-à-dire une lente survenue de sang dans les méninges, amenant des troubles cognitifs d'apparence démentiels, qui apparaissent souvent plusieurs jours après la chute.

Concernant les **fractures**, ce sont celles du col du fémur et du poignet qui sont les plus fréquentes. La fracture du col du fémur entraîne une perte de la marche, de la station debout et de la capacité à effectuer des transferts. Cette perte de la marche peut être plus ou moins longue, ou bien devenir définitive. La fracture du poignet amène fréquemment une perte d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, etc.). On observe aussi fréquemment un tassement des vertèbres, qui peut provoquer une perte de mobilité et l'apparition de douleurs chroniques.

Le **décès** est une autre forme de conséquence possible de la chute. D'après Gaxatte et ses collaborateurs (2011), la chute est la cause principale de décès par accident après 70 ans. C'est particulièrement le cas pour les aînés vivant à domicile, qui dans l'incapacité à se relever restent au sol, et peuvent décéder de déshydratation ou de dénutrition. Pour les résidents en EHPAD, la présence de personnel soignant permet d'éviter ou de traiter les complications le plus en amont possible de la chute.

D'une façon générale, la chute est susceptible d'entraîner, sur le plan somatique, une perte d'autonomie et de la capacité à marcher. Notons que c'est rarement une seule chute qui en est problématique, mais plutôt la fréquence et la répétition des chutes qui augmentent considérablement le risque de séquelles physiques.

2.2. Conséquences psychiques

Tout d'abord, la chute amène le sujet âgé à une **anxiété** lors de la marche et la station debout. Le sol, pourtant repère spatial et appui pour s'ériger dans le monde par la verticalité, devient angoissant, perçu comme source de douleurs, voire de terreur. Les personnes âgées qui ont chuté à répétition s'agrippent, se cramponnent, appellent au soutien, demandent le bras de l'aidant. D'après Modange et Chaumont (2001), la survenue brutale de la chute renvoie à deux idées : la non-maîtrise de son corps (donc de soi et de l'événement), mais engendre également un vécu d'inertie (c'est tout le corps qui tombe lourdement). D'après les auteures, le sujet chuteur peut se retrouver dans l'inhibition, avec une véritable sidération psychique. Dans ce cas des troubles de l'humeur surviennent, dans une problématique de dépression.

La chute à répétition aussi peut être source d'**angoisse**. En effet, l'impossibilité à se relever du sol peut amener un sentiment d'impuissance et de dépendance (Modange & Chaumont, 2001). Ces auteures soulignent que plus le temps passé au sol est long, plus les conséquences psychiques peuvent être désastreuses. Surtout si les appels à l'aide, à répétition, restent sans réponses. Le sujet est amené à des questionnements de type « *Quand s'apercevra-t-on de mon absence ? Qui va s'inquiéter pour moi ? vais-je mourir ainsi ?* », favorisant des angoisses de solitude et d'abandon. La chute renvoie aussi à l'angoisse de mort. C'est d'une rupture dans la vie du sujet, une « cassure dans la trajectoire » dont il est question, qui peut venir signifier, dans la représentation, le début d'un déclin vers la mort.

2.3. Conséquences psychomotrices

Nous venons de voir que les conséquences peuvent être à la fois physiques et psychologiques. Dans cette articulation somato-psychique s'effectue aussi tout un ensemble de conséquences psychomotrices. Dans le cas d'une série de chute chez un même sujet, plusieurs symptômes peuvent apparaître et entraver profondément son rapport à la marche, à la station debout et à son propre corps. Certains auteurs, à partir de ces symptômes, ont construit des tableaux cliniques spécifiques. Nous explorerons ainsi le syndrome post-chute, le syndrome de désadaptation psychomotrice ainsi que le syndrome d'inhibition psychomotrice.

2.3.1. Le syndrome post-chute

Cette première notion est introduite par Murphy et Isaacs en 1982, lors d'une étude anglo-saxonne portant sur 36 sujets âgés de plus de 65 ans. Les auteurs ont identifié un ensemble de symptômes post-chutes, communs à dix d'entre-eux. Ils distinguent les symptômes moteurs des symptômes psychologiques.

Au niveau moteur, les auteurs observent une dysfonction de la station assise, la station debout et la marche. En position assise, les sujets présentent une difficulté à maintenir leur verticalité. En position debout, ils ne maîtrisent pas leur centre de gravité et perdent l'équilibre. Au moment d'initier la marche, les jambes semblent « cotonneuses », tremblantes, les genoux sont fléchis et les pieds ne décollent pas du sol. Lorsque la marche est enfin initiée, elle est « précautionneuse », avec un pas de faible amplitude.

Au niveau psychologique, les patients semblent avoir subi un choc émotionnel. Ils sont aux prises d'une perte de confiance en leur capacité, se sentant incapables de se déplacer seuls. On peut alors observer repli sur soi, dévalorisation, démotivation et une tendance à l'immobilisme.

Murphy et Isaacs (1982) précisent que les conséquences de ce syndrome semblent dévastatrices. En effet, parmi les dix patients concernés dans l'étude, neuf sont décédés dans les quatre mois suivant l'hospitalisation ou bien étaient encore hospitalisés.

2.3.2. Le syndrome de désadaptation psychomotrice

Ce syndrome est l'aboutissement de plusieurs années de recherches françaises autour des conséquences post-chutes. Manckoundia et ses collaborateurs (2007) viennent donc enrichir et compléter le tableau clinique décrit par le syndrome post-chute. Les symptômes sont les mêmes que dans le syndrome précédent, mais les auteurs apportent de nouvelles caractéristiques.

Tout d'abord, les auteurs spécifient la perte du centre de gravité. Il s'agit de la **rétropulsion**, un symptôme nettement visible et fréquent. Il se caractérise par une projection du centre de gravité à l'arrière du polygone de sustentation, ce qui, comme nous l'avons vu, entraîne une perte d'équilibre et peut précipiter les chutes. En position assise, la rétropulsion se manifeste par le tronc figé en arrière, le bassin situé sur les bords du siège. Dans cette position, les genoux sont peu fléchis et les pieds sont projetés en avant, parfois décollés du sol. En station debout, la rétropulsion concerne le bassin qui est projeté en arrière. Lors du transfert debout-assis, le sujet se précipite vers le fauteuil et s'y laisse « tomber » parfois brutalement.

Les auteurs relèvent aussi la fréquente apparition d'un **spasticité**, c'est-à-dire une contraction réflexe du muscle qui s'oppose à l'étirement, augmentant avec la vitesse. Cette contraction spastique se manifeste fréquemment sur un membre de façon continue, ou plus rarement au niveau du tronc mais de façon brève, lors de certains transferts. Puis, l'étude insiste sur l'**altération des stratégies** posturales et des réflexes pare-chutes. Enfin, une très forte **anxiété**, qui peut prendre la forme d'une véritable phobie de la chute, du sol ou de la marche.

Si le syndrome de désadaptation psychomotrice paraît plus complet que le syndrome post-chute, c'est notamment parce que ce dernier se portait davantage sur les aspects « aigus » des manifestations pathologiques, la plupart des sujets étant décédés rapidement. Quant à l'étude de Manckoundia et son équipe (2007), les symptômes sont davantage observés dans une chronicité.

2.3.3. Le syndrome d'inhibition psychomotrice

Une étude publiée par Blain (2009) et ses collaborateurs propose un nouveau cadre nosologique. Le syndrome d'inhibition psychomotrice intègre plusieurs symptômes décrits précédemment, mais en mettant l'accent sur un environnement stressant comme facteur prédisposant, et non pas une symptomatologie uniquement liée aux chutes.

Un focus est placé sur les symptômes dit « négatifs », c'est-à-dire associés à un ralentissement global du sujet, comme dans la dépression (au contraire de symptômes dit « positifs » que l'on retrouve dans l'hyperactivité). En effet, les sujets âgés ayant chuté ou ayant vécu un stress significatif, peuvent présenter tout un ensemble de symptômes d'ordre émotionnels. L'**alexithymie**, soit la difficulté à identifier et exprimer ses propres émotions ou celles d'autrui. L'**anhédonie**, qui est une perte globale de plaisir et de motivation. Puis, l'**apathie**, qui est plutôt une perte d'intérêt avec une indifférence envers l'entourage. D'autres symptômes sont également identifiés, comme l'**inhibition motrice**, qui se traduit par une diminution significative des activités. La personne reste très longtemps assise à la même place, ou allongée, et reste en retrait de la vie sociale. Enfin, la **bradyphrénie**, soit un ralentissement général de la pensée.

Ce syndrome est plutôt centré sur les processus dysexécutifs, montrant que des symptômes dépressifs chez un sujet âgé peuvent aussi prendre leur origine dans les chutes à répétition. Néanmoins, il inclue les autres tableaux cliniques décrits précédemment.

Pour un psychomotricien, l'intérêt de décrire ces syndromes n'est pas de poser tel ou tel diagnostic. L'intérêt est plutôt de comprendre que plusieurs symptômes à la fois moteurs, cognitifs, émotionnels et relationnels prennent du sens dans une organisation clinique spécifique. Ces classifications décrivent sensiblement le même phénomène, mais étudié sous des angles différents. Pour nous, il conviendra donc de parler davantage de « symptomatologie post-chute ». Tous les sujets présentant ce type de symptomatologie ne présentent pas l'ensemble des symptômes, c'est pourquoi le psychomotricien pourra apprécier la façon dont s'articulent ces troubles entre eux chez un sujet singulier, en lien avec son organisation psychomotrice générale, ainsi que sa subjectivité, son vécu, ses représentations.

2.4. Une atteinte des représentations du corps

Les représentations du corps désignent l'ensemble des constructions cognitives et psychiques d'un sujet autour de son corps. Il s'agit à la fois des versants neurologiques, psychoaffectifs et psychosociaux dans la façon dont le sujet perçoit et éprouve son corps. Husserl, fondateur de la phénoménologie¹, distingue le **corps-propre**, « vivant », avec ses émotions et ses sensations (*Leib*), qui est le *corps-sujet*, par opposition au corps anatomophysiologique (*Körper*), qui se réfère à un *corps-objet*. Ainsi, les représentations du corps concernent à la fois la façon dont le sujet se représente son corps-propre, avec son vécu subjectif sensoriel et émotionnel (**l'éprouvé corporel**), mais aussi la façon dont il peut traiter son corps en tant qu'objet, en tant que « non-soi ». D'après Gilles et ses collaborateurs (2010), on distingue dans ce système de représentations **l'image du corps**, qui renvoie à une image inconsciente du corps-propre, et le **schéma corporel**, qui se lie davantage à un versant plus conscient et moins individuel de la représentation corporelle. Notons que ces deux aspects sont intriqués, interdépendants, même s'ils renvoient à des circuits neuronaux différents (Gilles & al., 2010). Comme nous allons le voir, d'après certains auteurs l'image du corps et le schéma corporel du sujet âgé peuvent être profondément atteints par l'expérience de chute.

2.4.1 L'image du corps

L'image du corps est la représentation inconsciente que le sujet a de son corps. D'après Dolto (1984), l'image corporelle est propre à chacun, reliée à l'histoire du sujet. Il s'agit d'une combinaison actualisée à chaque instant de nos expériences affectives en rapport avec notre corps. D'après Pireyre (2015), l'image du corps se construit dès les premières années de la vie à travers les premières expériences relationnelles, mais se modifie tout au long de la vie. D'après cet auteur, elle résulte d'une sensorialité investie par les affects inconscients. Selon la psychanalyse, ces éléments psychoaffectifs du sujet constituent la *libido*, énergie du sujet-désirant, qui vient se déplacer et se fixer sur certaines zones corporelles. Cet investissement psychique du corps se fait au départ sur les zones érogènes des différents stades du développement psychoaffectif de l'enfant (oral, anal et génital), mais peut se déplacer par la suite sur d'autres zones du corps.

1- Courant philosophique ayant largement contribué à l'émergence de la psychomotricité en tant que profession.

Cependant, Pireyre (2015) indique que ces éléments psychoaffectifs s'incorporent également dans des tensions musculaires profondes, dans le corps-propre du sujet. Des tensions qui resteront de nombreuses années.

D'après Modange et Chaumont (2001), l'expérience de chute entrave l'image du corps, qui s'organise alors autour des déficiences physiques. L'éprouvé corporel négatif vient modifier profondément ces représentations du corps-propre, tant les affects positifs ne peuvent plus rester attachés à ce corps souffrant et meurtri, laissant place à une perte de narcissisme. Le corps est vécu négativement. L'image du corps, inconsciente, n'est pas directement accessible. En revanche, cette modification de l'image du corps s'observe cliniquement chez le sujet âgé chuteur par un discours négatif autour du corps-propre. Ainsi, il est fréquent de voir le sujet âgé ne parler de son corps qu'en termes de maladies, de traumatismes et de douleurs. De plus, la perte de confiance en ses capacités et la dévalorisation témoignent de cette blessure narcissique. La rétropulsion du buste en position assise, la marche précautionneuse et les jambes cotonneuses semblent être l'incarnation organique de cette atteinte de l'image du corps.

2.4.2. Le schéma corporel

Si l'image du corps renvoie à des processus psychodynamiques et psychoaffectifs, le **schéma corporel** est davantage en lien avec les processus cognitifs et la sensorialité. Il peut se définir comme une combinaison de la conscience et de la connaissance que le sujet a de son propre corps en relation avec l'espace. D'après Lacombe (2012), le schéma corporel implique la conscience des limites du corps, la conscience de la posture et du mouvement dans l'espace, la position des membres les uns par rapport aux autres, la conscience de sa propre expressivité (c'est-à-dire son langage corporel à travers les mimiques et les attitudes), ainsi que la somatognosie (connaissance du vocabulaire des parties du corps). Selon Julian de Ajuriaguerra (1970), le schéma corporel s'édifie sur la sensorialité tactile, kinesthésique, labyrinthique et visuelle. Il en parle comme d'une « synthèse dynamique » de ces expériences sensorielles actuelles et passées, qui conditionne les perceptions et la motricité du sujet dans son rapport à l'espace. Pireyre (2015) y ajoute l'implication de la sensibilité viscérale avec la respiration, la digestion, la fonction cardiaque et le système endocrinien.

Cet auteur parle du schéma corporel comme étant une « sensibilité somato-viscérale ». Le schéma corporel s'actualise donc en permanence, nourrit par les sensations, et plus largement l'éprouvé corporel.

Avec le grand âge, le schéma corporel du sujet âgé se trouble. D'après Dormia et Feve (2014), le corps du sujet âgé est en effet souvent désinvesti de la conscience corporelle, à cause du manque de stimulation. Cette perte peut perturber le rapport du sujet à l'espace, et donc majorer le rôle des facteurs environnementaux précipitants dans l'expérience de chute. Une atteinte du schéma corporel peut donc aussi être à l'origine de chutes. Seulement, d'après Modange et Chaumont (2001), elle en est aussi la conséquence. L'expérience de chute vient majorer cette perte du schéma corporel, tant les incapacités, l'isolement et l'immobilisme qui en découlent appauvrissent les sensations. En station debout, la rétropulsion du bassin ne saurait être corrigée sur demande, d'une part à cause de la peur de la chute qui s'incarne corporellement, d'autre part parce que les sujets n'ont plus conscience de ce bassin. C'est particulièrement le cas pour les personnes longuement allongées ou assises dans leur fauteuil roulant, qui mobilisent peu la ceinture pelvienne qui se voit donc désinvestie par les sensations. Cette rétropulsion du bassin en position debout peut donc être lue comme un trouble du schéma corporel qui se fige dans une organisation pathologique.

Comme nous l'avons vu avec l'image du corps, le bas du corps est désinvesti par les affects. Ici, le bas du corps est désinvesti également par la conscience corporelle. Le lien étroit entre image du corps et schéma corporel devient visible : comme si cette partie du corps devenait inerte, non-vivante, dans un « corps objet ».

Synthèse du chapitre 1

L'avancée en âge peut amener des troubles, des déficiences qui amène chez le sujet âgé une certaine désorganisation psychomotrice progressive. En effet, des troubles cognitifs, sensoriels, de la marche, de l'équilibre et du schéma corporel apparaissent. Il en découle des chutes, majorées par la polymédication et une adaptation inadéquate à l'environnement. L'expérience de chute vient à son tour atteindre le sujet dans sa structure psychomotrice, avec une symptomatologie identifiée comme « post-chute », et une modification des représentations du corps.

Chapitre 2. Le yoga, une médiation en psychomotricité pour prévenir les chutes

1. Place de la psychomotricité dans la prévention des chutes

La prévention est un champs d'intervention qui mobilise un large éventail de connaissances et de pratiques issues de plusieurs professions. Dans le santé, elle se définit comme « *l'ensemble des mesures susceptibles d'éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents par un changement des comportements de santé* » (Fischer, & Tarquinio, 2006, p.198). Une autre définition indique que la prévention « *vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé en s'attaquant aux facteurs de risques et aux conditions pathogènes* » (Fréchette, 2001, p.219). Il s'agit donc de réduire l'incidence d'un événement (la chute, par exemple) en responsabilisant les individus.

1.1. Définition

La prévention est un large champs qui mobilise des professionnels issus de nombreux domaines. Professionnels médicaux, paramédicaux, des sciences humaines et sociales, mais aussi différents acteurs politiques, institutionnels et administratifs se coordonnent dans la pluridisciplinarité. Les EHPAD sont largement sensibilisés au problème des chutes, c'est donc dans le fonctionnement institutionnel global que la première forme de prévention intervient : matériel adapté, formation des salariés, installations ergonomiques sur les différents lieux de vie, etc. Différents professionnels participent plus directement à la prévention des chutes via leur spécificité, à travers un maintien ou une récupération des capacités des sujets. Ainsi, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, aides-soignants, psychologues ou encore animateurs en éducation physique adapté, apportent leur pierre à l'édifice dans la réduction des chutes et de leurs conséquences. La prévention des chutes est donc pluridisciplinaire. En effet, pour que la prévention des chutes soit efficace, plusieurs facteurs de risques doivent être ciblés en parallèles, ce qui implique une coordination interprofessionnelle fonctionnelle (Feder & al., 2000).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) articule trois niveaux de prévention sur lesquels s'appuient les professionnels pour intervenir : primaire, secondaire, et tertiaire.

La **prévention primaire** consiste à intervenir sur l'incidence d'un trouble dans une population, c'est-à-dire agir pour éviter le risque d'apparition d'une situation pathologique, bien avant son apparition. La prévention primaire des chutes « *cherche donc à réduire la fréquence des chutes dans la population saine par la diminution des causes et des facteurs de risques* ». (Innocent Mutel, 2015, p. 388). C'est un travail en amont, avant l'expérience de chute, qui se focalise essentiellement sur les facteurs prédisposants et précipitants. Comme nous le verrons plus tard, le psychomotricien agit à ce niveau essentiellement par des ateliers de groupe, ainsi que par des actions de communication envers les équipes sur les risques.

La **prévention secondaire** se met en place dès qu'apparaissent les premiers symptômes, afin d'éviter les complications. C'est dans ce cadre qu'interviennent les actions de dépistage, d'évaluation des risques. Il s'agit donc de dépister le risque de chute, en identifiant les facteurs de risque. L'enjeu est d'identifier le problème le plus en amont possible afin d'intervenir le plus efficacement possible, évitant ainsi toute dégradation, complication ou récurrence. Cette prévention s'adresse aux personnes qui commencent à manifester des troubles identifiés comme vecteur de chute. La première alerte est en général la première chute. Le rôle du psychomotricien est ici d'évaluer toute présence de troubles susceptibles d'amener le sujet à chuter, ou bien d'évaluer les conséquences de chutes ayant déjà eu lieu. Il s'agit donc de rendre compte du rapport du sujet avec l'expérience de chute par un bilan psychomoteur. Il s'agit également d'analyser chaque chute répertoriée par l'équipe institutionnelle, ainsi que de prendre en soin les premières apparitions de symptômes post-chutes.

La **prévention tertiaire** consiste à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à l'événement, en diminuer les conséquences négatives du problème sur la vie du sujet (le « vivre-avec ») et les récurrences. La prévention fait donc ici à la fois office de « soin » et de travail « préventif » de nouvelles complications. Il s'agit, pour le psychomotricien, de prendre en soin le sujet chuteur présentant une symptomatologie post-chute.

Les sujets concernés présentent de grandes difficultés pour se déplacer et peuvent même avoir perdu l'usage de la marche. Comme nous le verrons plus tard, le suivi en psychomotricité se fait essentiellement en séances individuelles.

Cette grille de lecture des actions de prévention permet au psychomotricien, de situer son intervention dans une prise en soin globale et pluridisciplinaire. Néanmoins, il abordera la chute sous l'angle de sa spécialité, dont le procédé de suivi reste le même : un bilan psychomoteur initial, suivi d'un projet thérapeutique, d'une prise en soin et de bilans d'évolution (Innocent Mutel, 2015). Selon les institutions, le psychomotricien pourra aussi former le personnel à des problématiques psychomotrices de chutes.

1.2. L'examen psychomoteur

Avant toute intervention en psychomotricité envers la problématique de chute, une évaluation doit être faite pour déterminer la présence de troubles de l'équilibre et de la marche, de peur de la chute ainsi que de toute symptomatologie post-chute. Un bilan initial est donc nécessaire. Il peut soit se faire en évaluant spécifiquement les fonctions psychomotrices impliquées dans la survenue de la chute, soit s'inclure à un bilan psychomoteur plus complet, qui vise à comprendre l'organisation psychomotrice singulière du sujet. En effet, l'expertise du psychomotricien permet d'identifier ce qui, dans l'unité somato-psychique de la personne, peut expliquer la symptomatologie, en l'abordant aussi bien sur un versant qualitatif que quantitatif, et donc en ne se focalisant pas uniquement sur le symptôme, mais dans une compréhension de l'unité psycho-motrice dans sa globalité.

Néanmoins, en EHPAD et plus largement en institution, d'autres professionnels évaluent les grandes fonctions du sujet. Ainsi, le psychologue évalue les troubles cognitifs et les manifestations psychopathologiques, l'orthophoniste évalue les troubles cognitifs et le langage, le kinésithérapeute évalue les compétences motrices, l'ergothérapeute évalue l'adaptation du sujet à son environnement. Ainsi, le psychomotricien, participant aussi à l'évaluation des troubles moteurs et cognitifs, utilise sa spécificité pour apporter un regard singulier de l'organisation somato-psychique du sujet.

Une collaboration interdisciplinaire est alors essentielle, chacun doit respecter la place et la spécificité des autres professionnels. L'évaluation d'un résident dans la prévention des chutes étant faite par l'ensemble de l'équipe institutionnelle, le psychomotricien peut être amené à effectuer un court bilan, orienté spécifiquement sur le dépistage et l'évaluation du risque de chute, car il n'est pas utile d'évaluer plusieurs fois les mêmes fonctions sur une année.

1.1.1. *Un bilan psychomoteur complet*

D'après Albaret, Aubert et Sallagoïty (2001), l'examen psychomoteur du sujet âgé varie peu dans sa démarche qu'avec un sujet plus jeune, même si certaines dispositions doivent être prises préalablement. Premièrement, le vieillissement étant souvent accompagné de nombreuses déficiences, le psychomotricien doit veiller d'une part à bien connaître ses mécanismes afin de les prendre en compte dans l'interprétation des résultats, et d'autre part à instaurer un climat de confiance qui visera à mettre l'accent sur les potentialités et non les incapacités. En effet, il serait aisé de s'alarmer devant l'étendue des troubles qui ne sont que des expressions plus visibles du « vieillissement normal ». Les auteurs suggèrent donc de bien distinguer ce qui relève du normal de la pathologie.

Deuxièmement, ces auteurs mettent en garde sur le choix des épreuves. Parfois en effet, des outils utilisés pour l'examen psychomoteur de l'enfant peuvent être excessivement utilisés. S'ils apportent bien souvent une observation clinique supplémentaire, et s'ils permettent d'apprécier l'aspect qualitatif de la performance (façon d'aborder la tâche, correction des erreurs, etc.), la cotation des tests ne peut être significative, en raison de l'absence de standardisation pour cette population bien souvent âgée de plus de 80 ans, et aussi par la présence de multiples biais (polymédication, polyopathologies, fatigabilité, ralentissement, etc.).

Néanmoins, Hoeltzel et ses collaborateurs (1997) reconnaissent certains tests standardisés pour des sujets plus jeunes comme étant particulièrement intéressants en épreuve clinique, comme le test d'imitation de gestes de Bergès-Lézine, le dessin du bonhomme (cotation Goodenough-Harris), le test de Head « main-oeil-oreille », l'épreuve de structures rythmiques de Stambak ainsi que le Bender-Santucci.

Ces épreuves sont toutes intégrées au bilan géronto-psychomoteur de ces auteurs. De plus, Albaret, Aubert et Sallagoïty (2001) recommandent d'utiliser la figure de Rey pour aider à l'évaluation des praxies constructives, et le test de Stroop pour l'attention sélective.

Pour ce qui est de l'ensemble des fonctions à évaluer, Jossot et Sebbane (1996) proposent dans leur bilan psychomoteur adapté à la personne âgée des épreuves motrices (marche, équilibre, habileté manuelle), des épreuves cognitives (orientation temporo-spatiale, praxies constructives, gnosies visuelles, mémoire verbale, schéma corporel, dessin du bonhomme, praxies idéomotrices) et une appréciation qualitative du sujet, principalement axée sur l'image du corps, la communication non-verbale, le comportement, ainsi que l'expressivité verbale, corporelle et graphique.

Quelques années plus tard, Michel et son équipe (2011) élaborent l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) qui vise à suivre l'évolution de capacités cognitives et psychomotrices des sujets vieillissants. Il évalue avec 17 items l'équilibre statique et dynamique, les mobilisations articulaires, la motricité fine, les praxies, la connaissance des parties du corps, la vigilance, les perceptions, la mémoire verbale et perceptive, la communication, ainsi que l'organisation spatiale et temporelle. Ce bilan a l'avantage de permettre une approche à la fois quantitative et qualitative des fonctions évaluées, notamment en mettant en avant des stratégies compensatoires. Il est actuellement la référence principale en matière de bilan psychomoteur standardisé en gérontologie, il peut être alors avantageux que le psychomotricien ou l'institution investisse dans ce bilan.

Notons que les bilans décrits ne prennent pas directement en compte l'évaluation du **tonus** musculaire. D'après Carric et Soufir (2014, p.253), le tonus est une « *tension active, involontaire et variable (Foix) dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibe (Rondot)* ». On distingue habituellement trois formes de tous : de fond, d'action et postural. Le tonus *de fond* correspond au degré de contraction musculaire présent au repos. Il est le « bain tonique » dans lequel se prépare l'acte moteur. Le tonus *d'action* reflète les variations de ce tonus lors des mouvements volontaires. Le tonus *postural* est le degré de tension des muscles antigravitaires qui permettent le maintien postural. Il inclue le tonus axial, qui se construit dans les premières années de vie par l'émergence d'un « axe psychomoteur » dans l'organisation tonique, s'étayant sur l'axe vertébral. Cet axe corporel est essentiel au maintien de la verticalité, et permet au sujet de coordonner ses mouvements, et aussi d'être en relation avec l'extérieur, servant de référentiel spatial.

Le tonus varie entre *l'hypertonie* (augmentation pathologique du tonus) et *l'hypotonie* (diminution pathologique du tonus). L'état tonique d'un sujet varie en fonction de l'état de vigilance, mais aussi en fonction des expériences émotionnelles et relationnelles.

Le fait que l'examen du tonus ne figure pas dans les bilans des auteurs que nous avons présentés, s'explique peut-être par le fait que l'appréciation clinique du tonus, habituellement utilisée en psychomotricité, n'est pas quantifiable, car trop dépendante de facteurs émotionnels et relationnels. De plus, l'appréciation du tonus par l'examineur est relativement subjective, ne se basant que sur ses ressentis propres. Cet examen du tonus en tant que tel apporte donc peu d'éléments aux équipes pluridisciplinaires.

Néanmoins, il est possible de d'avancer que l'évaluation clinique du tonus reste essentielle pour le psychomotricien, car elle enrichit considérablement la clinique du sujet. L'examen du tonus permet de comprendre comment le sujet recrute et répartit son tonus lors des déplacements (tonus d'action), dans quelle « matrice tonique » émergent le mouvement (tonus de fond), et comment le sujet s'ajuste à la relation, à travers le « dialogue tonico-émotionnel » avec l'examineur. On peut aussi mettre en lien l'observation clinique de l'organisation tonique de la personne avec ses représentations du corps (schéma corporel, image du corps).

L'évaluation du tonus permet donc de mieux comprendre comment le sujet investit ou désinvestit son corps propre. Le psychomotricien teste alors la passivité et l'extensibilité du sujet pour évaluer son tonus de fond, et apprécie le tonus d'action par l'observation de l'activité motrice volontaire et éventuellement les syncinésies (Lacombe, 2012). Le tonus axial s'observe dans la tenue verticale du sujet. Chez la personne âgée, certains troubles neurologiques peuvent amener des manifestations pathologiques du tonus. Le plus souvent, ce sera de la spasticité. Comme nous l'avons dit dans la description des syndromes relatifs aux conséquences de chutes, la spasticité peut être un indicateur d'un tableau clinique post-chute.

Un bilan psychomoteur le plus complet possible permet de comprendre comment les symptômes post-chutes et les troubles de l'équilibre et de la marche sont en relation avec d'autres fonctions psychomotrices.

Néanmoins, avec la fréquence des chutes en EHPAD et le nombre important de sujets concernés, il ne sera pas toujours possible de procéder à un bilan psychomoteur complet pour chaque sujet chuteur. Chaque institution n'est pas dotée de l'EGP. C'est pourquoi le psychomotricien peut faire le choix de ne passer que certains tests, d'aborder certaines fonctions psychomotrices qui sont plus directement prédictives du risque de chute. De plus, dans l'urgence institutionnelle, il peut arriver que seuls certains tests spécifiques soient demandés au psychomotricien. Pour Innocent-Muel (2015), afin de prévenir les chutes, le bilan doit au moins évaluer la peur de la chute, les troubles sensoriels, les troubles de la marche et de l'équilibre ainsi que les troubles attentionnels ou dysexécutifs. Notons toutefois que les troubles sensoriels (visuels, proprioceptifs, vestibulaires, tactiles) ne sont pas évalués directement par le psychomotricien, mais peuvent être identifiés au cours des items de passation, nécessitant des examens médicaux complémentaires.

1.1.2. Épreuves spécifiques relatives aux troubles de la marche et de l'équilibre

Lors d'une première approche du sujet, il peut être avantageux de commencer par des épreuves d'équilibre statique et dynamique, puis de procéder à une évaluation de la peur de chuter et des capacités attentionnelles et exécutives, tout en étant attentifs à des dysfonctionnements sensoriels, qu'il faudra chercher préalablement dans le dossier médical du sujet. Ensuite, en fonction des résultats et de l'observation clinique qui en découle, l'examineur pourra décider de la pertinence ou non d'évaluer d'autres fonctions psychomotrices qui peuvent venir affiner l'évaluation des troubles (représentations du corps, tonus, organisation spatiale, etc.). Plusieurs épreuves spécifiques permettent d'évaluer les troubles de l'équilibre et de la marche chez un sujet âgé. En fonction de l'institution et de la singularité du patient, le psychomotricien peut être amené à faire passer ses épreuves. Nous présentons ici deux des plus utilisées en EHPAD, sans être exhaustifs.

Le test du **Tinetti**, élaboré par l'auteur du même nom (1986), évalue plus en détail l'équilibre statique (13 items) et dynamique (9 items) du sujet âgé, dans diverses positions, les transferts et la marche. Il est très utilisé dans les EHPAD, notamment par les kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes. Les épreuves sont notées de 0 à

2 ou de 0 à 1 en fonction des items. Le score maximum est de 28 points. Tout score situé entre 24 et 27 traduit un faible risque de chute, le test suggérant dans ce cas de chercher une cause au déséquilibre comme l'inégalité de longueur des membres. Un sujet dont le score se situe entre 20 et 23 présente un risque de chute élevé, tandis que tout score inférieur à 20 montre un risque très élevé de chute.

Le **Get-up and Go**, élaboré par Mathias et ses collaborateurs (1986), sert à évaluer les transferts, la locomotion et les changements de direction. Le sujet est assis sur une chaise avec accoudoirs. En faisant la démonstration, l'examineur lui demande de se lever et marcher sur une distance de trois mètres (« jusqu'au mur »), puis de faire demi-tour, de faire un tour complet de la chaise sans la toucher avant de revenir s'y asseoir. La cotation s'exprime sur une échelle de 1 à 5 sur chacun des transferts. Un score supérieur ou égal à 3 pour chaque transfert traduit un risque important de chute.

De nombreuses autres épreuves existent, moins utilisées, soit en raison de leur intégration au Tinetti ou au Get-up And Go, soit parce qu'ils demandent du matériel parfois indisponible en EHPAD. Pour en nommer quelques autres, il y a le Ten Meter Walk (Cress & al., 1996), l'épreuve chronométrée de Romberg, le test de la station unipodale, mais aussi le test d'extension fonctionnelle (Ducan et al., 1990). Ces tests ne sont pas uniquement réservés au psychomotricien, ils peuvent être partagés avec les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes, d'où la nécessaire collaboration interdisciplinaire. Après avoir évalué l'équilibre statique et dynamique, le psychomotricien pourra évaluer la peur de chuter.

1.1.3. Épreuves spécifiques relatives à la peur de chuter

Tout au long des passations de tests, le psychomotricien pourra observer comment le sujet apparaît confiant en ses capacités, ou manifeste de l'anxiété lors des épreuves d'équilibre statique et dynamique. En effet, d'après Maki (1997), la peur de chuter s'observe cliniquement par l'observation, dans la marche, des paramètres suivants : une diminution de la vitesse et la longueur du pas, ainsi qu'une augmentation du polygone de sustentation (écartement des pieds) et du temps d'appui bipodal.

Friedman et ses collaborateurs (2002) ont démontré que la question « *avez-vous peur de tomber ?* » était inefficace, la réponse étant souvent binaire, et qu'il n'est alors possible ni de quantifier, ni de spécifier cette peur de chute dans la vie quotidienne. C'est pour cela que certains auteurs ont créé des échelles et questionnaires standardisés pour l'évaluer.

Tinetti et son équipe (1990) ont élaboré un test qui vise à évaluer la confiance du sujet en sa capacité à éviter la chute au quotidien. Il s'agit du **Falls Efficacy Scale (FES)**, organisé en 10 questions relatives à différentes situations de la vie quotidienne. Un autre questionnaire est le **Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC-Scale)**, élaboré par Powel et Meyers (1995) pour évaluer le sentiment d'efficacité dans l'évitement de la chute. Le **Survey of Activities and Fear of falling Elderly (SAFE)** est une échelle construite par Lachman et ses collaborateurs (1998). Elle explore les conséquences négatives liées aux chutes, en faisant un focus sur la restriction des activités et ses raisons. La FES et l'ABC-Scale évaluent plutôt la confiance en ses capacités, tandis que la SAFE permet d'approcher la peur de chuter plus directement.

À ce jour, ces trois échelles ne sont cependant pas adaptées aux EHPAD. C'est pourquoi le psychomotricien pourra se servir de ces trois échelles pour constituer son propre questionnaire, afin d'étayer son observation clinique. Peut être l'avenir permettra de standardiser et d'étalonner une échelle d'évaluation de la peur de la chute adaptées aux EHPAD françaises.

1.1.4. Épreuves complémentaires

En fonction de l'institution, et notamment selon comment le psychomotricien, le psychologue et l'orthophoniste articulent ensemble leurs évaluations, le psychomotricien pourra participer au dépistage des troubles de l'humeur (dépression) et à l'évaluation des capacités attentionnelles.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que des aspects attentionnels et cognitifs entraînent en jeu dans l'occurrence d'une chute. Ainsi, le psychomotricien évalue tout au long du bilan l'attention soutenue du sujet, s'observant par la capacité du sujet à rester attentif aux consignes, à la tâche demandée, sans que son attention ne soit déplacée sur des *stimuli* externes (occurrences dans l'environnement) ou internes (douleurs, sensations). Pendant la passation des épreuves, le psychomotricien peut par exemple produire un bruit volontaire, ou encore faire tomber un objet au sol. Pour apprécier l'attention sélective du sujet, le psychomotricien peut faire passer le test de Stroop. Ce test consiste à lire ou dénommer des couleurs selon plusieurs modalités : noms de couleurs écrits en noirs, noms de couleurs écrits dans une encre de couleur différente, carrés de couleurs. Il s'agit de tester la capacité d'inhibition cognitive des sujets, en les plaçant dans une situation d'interférence.

Plus globalement, le **Mini Mental State** (MMS) a été élaboré par Folstein et ses collaborateurs (1975). Ce test rapide évalue les fonctions cognitives dans leur ensemble, comme l'orientation spatiale et temporelle, la mémoire de travail, les capacités attentionnelles, le calcul, le langage verbal, certaines gnosies, et les praxies constructives. Les institutions utilisent beaucoup ce test, et le psychomotricien peut être régulièrement amené à le faire passer.

La dépression étant un facteur prédisposant de chute fréquent chez le sujet âgé, il est important que l'institution l'évalue. Cette tâche professionnelle revient généralement au psychologue, qui évalue les troubles de l'humeur notamment par l' **Hospital Anxiety and Depression Scale** (HADS), et au médecin traitant ou coordonnateur qui pose un diagnostic en vue d'établir un traitement. Néanmoins, le psychomotricien peut lors de son bilan, participer au dépistage de ces troubles de l'humeur. Ainsi, le **Geriatric Depression Scale (Mini-GDS)** recherche l'existence de symptômes dépressifs, en posant 4 questions au sujet. Si le psychomotricien dépiste des symptômes dépressifs, il pourra orienter le sujet vers le médecin et le psychologue, en vue de chercher d'autres symptômes dépressifs et pouvant aboutir ou non à un diagnostic.

1.1.5. Synthèse de l'examen psychomoteur

Un premier rôle essentiel du psychomotricien dans la prévention des chutes en EHPAD est donc le bilan psychomoteur, témoin de son expertise et sa spécificité. Ce bilan peut soit tenter d'évaluer l'ensemble des fonctions psychomotrices du sujet (EGP), soit passer par un examen spécifique des risque de chutes (Tinetti, Get Up And Go, MMS, etc.). Dormia et Feve (2014) recommandent en plus une évaluation au niveau du vécu, du schéma corporel ainsi que l'appréhension de l'espace et du rythme. Afin de dépister et évaluer les troubles le plus efficacement, cette évaluation doit se faire en collaboration avec d'autres professionnels, d'une part afin de respecter la place et la spécificité de chacun, et d'autre part afin de croiser les regards disciplinaires sur le sujet âgé. L'apport du psychomotricien se situe donc dans une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire du sujet avec l'intervention de plusieurs professionnels.

L'évaluation psychomotrice doit être régulièrement actualisée. Elle passe par un bilan initial, mais continue par l'observation clinique tout au long de la prise en soin, qui sera entrecoupée par des bilans d'évolution faits régulièrement en fonction de l'évolution observée chez le sujet. Dans la mesure du possible, chaque bilan doit être suivi de comptes-rendus écrits et oraux envers l'équipe institutionnelle ou les différents acteurs de soins, afin de communiquer au mieux les observations sur l'évolution de la personne. Ce niveau évaluatif correspond à la prévention secondaire, permettant de dépister les troubles, mais il oriente aussi les professionnels sur le projet de soin du sujet, c'est-à-dire le type d'intervention nécessaire.

En d'autres termes, le bilan permet de définir si la prévention des chutes nécessaire se situe au niveau primaire, secondaire ou tertiaire. Comme nous allons le voir, le psychomotricien pourra notamment proposer un suivi en atelier groupal de prévention des chutes ou alors un suivi individuel, en fonction de la singularité du patient et de sa problématique.

1.3. Le projet thérapeutique

Suite à l'examen psychomoteur, le psychomotricien définit avec l'institution un projet thérapeutique pour le sujet, en spécifiant des axes et des outils d'intervention. Le projet thérapeutique en psychomotricité se définit aussi en fonction de la prise en soin globale du sujet au sein de l'institution comme à l'extérieur.

1.3.1. Différents axes et outils d'intervention

Dans le cadre de la prévention des chutes, plusieurs objectifs et modalités d'interventions existent, se retrouvant aussi bien en séance groupale qu'en individuel :

- **Améliorer l'équilibre statique et dynamique.** Innocent-Mutel (2015) propose de stimuler l'équilibre statique du sujet par des poussées sternales, latérales et dorsales, yeux ouverts puis fermés, assis et debout. Elle propose aussi des transferts du poids du corps sur l'avant, l'arrière et les côtés du corps. Pour aborder l'équilibre dynamique, le sujet peut graduellement réduire la surface de son polygone de sustentation, marcher à différents rythmes avec des variations de la qualité du sol, ainsi que des temps d'appuis différents. Les parcours psychomoteurs, pour cela, sont pertinents. Il sera alors possible d'alterner plusieurs positions, amener le sujet à gérer ses transferts. Dormia et Feve (2014) suggèrent d'amener le sujet en station debout à éprouver les limites de l'équilibre dans toutes les directions de l'espace.
- **Stimuler la sensorialité.** D'abord au niveau tactile, ce qui peut se faire par des échauffements en débuts de séance, par exemple. Une stimulation tactile essentiellement podale qui vise une prise de conscience des appuis, permettant au sujet d'éprouver ses limites corporelles et ancrer son attention dans l'éprouvé corporel. D'après Modange et Chaumont (2001), cette sensibilité plantaire peut être éveillée par des auto-massages, des roulés de balles ou encore des objets à reconnaître par exploration tactile plantaire les yeux fermés. D'après les mêmes auteurs, la prise de conscience des appuis doit aussi intégrer le dos, le bassin, les bras et les mains, notamment grâce au dossier de la chaise et les accoudoirs. Dormia et Feve (2014) proposent aussi d'éprouver différentes textures de sol.

Toujours dans la modalité sensorielle, le psychomotricien peut stimuler la proprioception, par la mise en mouvement du corps, les mobilisations de différents segments corporels, dans des mouvements dissociés et coordonnés, faisant intervenir les coordinations dynamiques générales. On procède aussi à des rotations, flexions et extensions de l'axe corporel, ce qui stimule les afférences vestibulaires. Cette proprioception peut passer par la perception de la posture dans l'espace (Dormia & Feve, 2014), d'abord avec la modalité visuelle, puis, par l'éprouvé proprioceptif et intéroceptif les yeux fermés, avec la conscience de la respiration par exemple. Le sujet enrichit alors son schéma corporel.

- **Renforcer la musculature des membres inférieurs.** Le psychomotricien peut travailler en collaboration avec le kinésithérapeute, pour renforcer la musculature du sujet en passant par des outils différents. Là encore, en psychomotricité, ce renforcement peut passer par des échauffements assez dynamiques en début de séance. Gillespie et ses collaborateurs (2012) indiquent que des programmes de prévention des chutes intégrant la modalité de renforcement musculaire avaient démontré leur efficacité. En position assise, Innocent-Mutel (2015) suggère de lever les jambes avec des poids aux chevilles ou de faire des mouvements de flexion/extension de la hanche avec des élastiques. En position debout, la même auteure suggère aux sujets âgés des exercices dynamiques, comme plier et tendre les genoux en se tenant à un support (chaise, barrière). Il est aussi pertinent de renforcer la musculature para-vertébrale, afin d'aider le sujet âgé à préserver une verticalité organisatrice.
- **Stimuler les ressources attentionnelles et exécutives.** Il s'agit d'amener le sujet à structurer l'investissement des ressources exécutives et attentionnelles dans l'adaptation aux variations environnementales. Innocent-Mutel (2015) propose de passer par des situations de couplage d'une tâche cognitive et d'une tâche motrice. Afin que les séances soient au plus proche de la vie quotidienne, on peut, en milieu écologique, amener le sujet à marcher et parler en même temps, lors d'une promenade à l'extérieur de la résidence par exemple.

- **Diminuer la peur de la chute.** Il s'agit d'amener progressivement le sujet vers une réassurance dans sa stabilité posturale, à travers l'éprouvé corporel de ses capacités. Il est également important d'aider à verbaliser l'appréhension, l'émotion ressentie. Modange et Chaumont (2001, p.224) affirment que « *le discours permet de donner du sens à l'événement [de chute] dans son histoire de vie. Peu importe la véracité de la cause et du déroulement évoqués par le sujet lui-même, du moment qu'il mentalise. Lorsque le soignant élabore, il n'est plus à l'écoute. C'est à la personne de reconstruire son histoire. Nous sommes là pour la soutenir dans son effort* ». Le psychomotricien a donc ici une fonction d'accueil de la subjectivité du sujet, et d'étayage de la symbolisation. De plus, le psychomotricien peut favoriser l'émergence de prises de risques auto-initiées, qui améliorent la confiance en soi (Dormia & Feve, 2014), et stimule les stratégies d'équilibrations anticipées.
- **Promouvoir un éprouvé corporel positif.** Il s'agit d'amener le sujet à enrichir son image du corps en symbolisant psychiquement des ressentis positifs, formant de nouvelles représentations du corps propre. Amener le sujet à symboliser que « *le corps n'est pas cassé, il peut être et il peut faire* » (Modange et Chaumont, 2001, p.225). Cela passe aussi par un temps de verbalisation en fin de séance.
- **Faciliter le relever du sol.** Il s'agit d'aborder les différentes étapes de l'accès au sol, puis du relever, tout en renforçant les stratégies pare-chutes. Les sujets peuvent, au cours des séances, « apprendre à chuter » en mobilisant ces stratégies. Au sol, les sujets procèdent à des retournements, des repoussés, à des transitions par des mouvements spiralés de l'axe. Dans ces mouvements, il est important de permettre aux sujets de réguler la respiration, trop souvent bloquée. Pour Ponton (2015, p.402), cet accompagnement dans le relever du sol permet d'amener le sujet à ne plus craindre le sol, à comprendre qu'il est bénéfique d'y trouver ses appuis, car « *personne ne lui a appris à marcher, il a trouvé son équilibre dans le sol* ». Ce travail à partir du sol doit se faire avec des tapis au sol, dans une salle sécurisante sans passage de personnes hors séance (résidents, personnel soignant, etc.). En effet, il ne s'agit pas uniquement de prévenir d'éventuels accidents au cours des séances, mais aussi de permettre aux sujets de se sentir pleinement en sécurité. En Annexe N°4 figure la proposition d'apprentissage du relever du sol en cinq étapes.

1.3.2. Séance individuelle ou atelier groupal ?

Pour des personnes autonomes dans la marche, et ne présentant pas de symptomatologie post-chute trop importante, le psychomotricien peut mettre en place un atelier groupal de prévention des chutes. Ce travail de groupe se situe entre la prévention primaire et secondaire. Il vise à prévenir la survenue de chutes ou les nouvelles chutes à venir, et doit permettre au sujet de récupérer une certaine confiance en ses capacités. Ces groupes peuvent prendre plusieurs formes et appellations : « Gym douce », « atelier équilibre ». Le psychomotricien choisira un nom et une médiation en fonction de sa créativité et ses affinités. Il apparaît tout de même important de ne pas appeler cet atelier « prévention des chutes », car nommer la chute peut être source d'anxiété ou de dévalorisation pour le sujet, et amener parfois une rupture de l'alliance thérapeutique. Il s'agit pour le sujet de se focaliser sur ses capacités, ses forces, et non de se retrouver frontalement face à ses incapacités. D'après Innocent Mutel (2015), le groupe a l'avantage de stimuler la motivation chez des personnes qui ne seraient pas motivées par un suivi individuel. De plus, la même auteure indique que Bandura (1980) montre que le groupe permet l'apprentissage vicariant (sur imitation directe), ainsi que la facilitation sociale (les performances du sujet s'améliorent du fait la présence d'observateurs).

D'après Modange et Chaumont (2001), le groupe favorise la socialisation, ce qui prévient le sujet chuteur de tout isolement social et de repli sur soi. D'après les mêmes auteures, la progression d'un sujet encourage et motive les autres membres du groupe. De même, cette progression renarcissise le sujet face aux autres. Selon Bourdessol et Pin (2006), pour que les groupes en prévention des chutes soient efficaces, les séances doivent avoir lieu au moins deux fois par semaines, et durer une heure chacune minimum. Gillespie et ses collaborateurs (2012) montrent également que des programmes d'intervention à composantes multiples amènent une réduction significative du nombre de chute en institution. Ainsi, une prévention des chutes est efficace si deux ateliers différents sont mis en place dans la semaine, chacun d'eux ne mobilisant pas exactement les mêmes capacités chez les sujets. Par exemple, il est possible de coupler un groupe de gym douce à un atelier de relevés du sol ou de parcours psychomoteurs.

Si le sujet est aux prises avec une symptomatologie post-chute qui le paralyse, l'empêche de marcher ou de tenir debout sans une aide extérieure, il convient davantage de proposer une prise en soin individuelle. En effet, une comparaison sociale ascendante face aux autres (c'est-à-dire le fait de comparer ses capacités à des personnes plus performantes) dévalorise le sujet dans son estime de soi (Festinger, 1954). D'après Modange et Chaumont (2001), un manque de confiance en ses capacités peut être généré par la peur du regard de l'autre. Le sujet peut alors être comme sidéré, mis en échec, refusant de faire les mouvements. À l'inverse, il peut être en recherche excessive de performances, ce qui peut entraîner des prises de risques trop importantes. Les séances doivent permettre de retrouver du plaisir dans le mouvement, et donc ne pas forcer le sujet à aller au-delà de ses capacités, ce qui serait générateur d'anxiété et de traumatismes physiques.

Selon la singularité du sujet, donc, des séances individuelles peuvent être plus adaptées. Les axes de travail sont les mêmes qu'en groupe, mais la progression des séances ira davantage au rythme propre du sujet, le laissant aussi nous amener de lui-même vers ses propres enjeux psychomoteurs, vers sa problématique plus singulière de chute. Comme en séance de groupe, il convient d'aborder la problématique de chute dans sa multidimensionnalité, et de proposer des outils variés. En séance individuelle, du fait que le psychomotricien reste avec la personne, une « prise de risque » plus importante peut être délibérément prise. Il est plus facilement possible d'aller marcher dehors en cas de météo agréable, ce qui permet à la fois de mobiliser le sujet en milieu écologique, d'avoir un sol changeant, de marcher avec plusieurs interférences sensorielles, tout en pouvant suivre une conversation en même temps. Attention cependant de ne pas travailler frontalement avec la symptomatologie, et à éviter un éprouvé négatif du corps propre.

Il revient donc au psychomotricien d'évaluer la modalité de prise en soin (groupe ou individuelle), en fonction du bilan psychomoteur du sujet, mais aussi en fonction de sa singularité, son histoire, sa personnalité. Aussi, selon les nuances des capacités et de la symptomatologie post-chute du sujet, le psychomotricien peut proposer des séances individuelles couplées à des séances groupales. En séance groupale, l'intervention cible davantage les facteurs prédisposants des chutes (troubles de la marche et de l'équilibre). En séance individuelle, le suivi porte davantage son attention sur les conséquences (symptomatologie post-chute).

2. Prévenir les chutes avec le yoga

Nous avons vu que plusieurs outils existent pour répondre aux axes de travail que nous avons présenté précédemment. La suite de ce chapitre consiste à proposer le yoga comme une médiation possible. Après une présentation de cette pratique psychocorporelle, nous analyserons comment le yoga peut venir répondre à la prévention des chutes, et comment il peut être utilisé par le psychomotricien.

2.1. Yoga des origines à aujourd'hui

À l'origine, le yoga est une branche de la philosophie indienne antique, avec une forte coloration de spiritualité hindoue. En effet, cette philosophie prônait au départ un mode de vie ascétique austère avec des exercices physiques, de respiration et de méditation, afin de « *se libérer des cycles de réincarnation* » auxquels seraient attachés chaque être humain, et de réaliser une « *union totale avec le divin* » (Garros, 2014, p.37). Puis, au cours des siècles, le yoga a évolué vers une conception moins dualiste de l'être humain, en attribuant à son fonctionnement un système énergétique complexe, unifiant le corps et l'esprit en différentes « enveloppes », des plus denses aux plus subtiles (Iyengar, 1993). Enfin, à partir du moyen-âge, le yoga s'est enrichi et singularisé en tant que pratique corporelle, se distinguant des aspects philosophiques et spirituels auxquels il était rattaché au départ (Frey & Michael, 1974). Au cours du XXème siècle, la colonisation anglaise de l'Inde a permis à certains yogis (personnes dévouant leur vie quotidienne au yoga) de faire connaître cette pratique dans le monde occidental (Desikashar, 2007).

Cette diffusion sur tous les continents permet l'émergence d'une très grande diversité de formes de yoga. Certaines approches mettent plus l'accent sur la méditation, d'autres sur les postures ou la respiration. Certaines formes de yoga sont très dynamiques, tandis que d'autres se pratiquent très lentement avec peu de mouvements. D'autres formes de yoga restent très ancrées dans la philosophie sanskrite de ses origines, tandis que d'autres s'en sont largement détachées. A aussi émergé du yoga de la voix, yoga du rire, et même du yoga des yeux. Parmi ces différentes approches, le fond de la pratique (que nous explorerons ultérieurement) reste le même, ces méthodes sont donc souvent complémentaires.

De plus, la multitude de yoga existant permet à chacun de trouver la pratique et le professeur qui lui convient. Ainsi, quelque soit la culture et le système de croyance du pratiquant, le yoga en tant que pratique psychocorporelle est désormais à la portée de tous.

Aujourd'hui, le yoga ne cesse de se faire connaître davantage. La recherche de thérapies non-médicamenteuses amène certains professionnels à se pencher sur le yoga thérapeutique (Coudron, 2010). De même, plusieurs revues systématiques de la littérature scientifique ont montré l'efficacité du yoga dans le traitement du cancer, des troubles cardiovasculaires, mais aussi dans l'évolution des troubles anxieux et de l'humeur (Étienne & Dupuis, 2012). En 2014, l'ONU décide de faire du 21 juin de chaque année la journée internationale du yoga. En 2016, le yoga devient « patrimoine immatériel de l'humanité » à l'UNESCO. De nombreuses pédagogies de yoga adaptées aux enfants de différents âges ont dernièrement vu le jour (Choque & Bruno, 2017, e.g.), ainsi que différentes adaptations pour les personnes âgées (Morency, 2016).

2.2. Présentation de la pratique

La pratique du yoga se compose de postures et enchaînements dynamiques (*asanas*)², d'exercices de respiration (*pranayama*), et y inclut aussi des techniques de méditation (*dhyana*) et relaxation (*yoga nidra*). Bien que ces dimensions soient indissociables, s'intégrant dans une globalité de pratique, nous allons décrire chacune d'entre elles.

2.2.1. Postures et mouvements

Les postures et enchaînements dynamiques sont d'un très grand nombre, du fait des variations qu'il est possible d'y apporter et des différentes approches du yoga existantes. À chaque asana est attribuée un nom, à l'origine en sanskrit mais traduit dans toutes les langues (par exemple, la posture de la montagne, de la pince, de l'arbre, etc.). Lacerda (2016) a publié une encyclopédie regroupant 2100 asanas. Même si c'est la première fois qu'autant de postures soient rassemblées en un seul ouvrage, ce regroupement ne saurait être exhaustif.

²-les terminologies sanskrits des éléments composant la pratique seront mises entre parenthèse

À l'origine, les asanas sont statiques, mais s'organisent aussi en enchaînements dynamiques, ces derniers étant la plupart du temps des mouvements de flexion-extension accompagnant la respiration. Les postures statiques mobilisent aussi l'étirement ou la contraction des différentes chaînes musculaires, ainsi que des « torsions » (rotations) de l'axe vertébral. Lorsque nous parlerons des asanas dans la suite de ce Mémoire, nous ferons référence aux postures et aux enchaînements dynamiques à la fois.

Les asanas peuvent se faire debout, assises, en quadrupédie, ou allongées au cours d'une seule séance. Il y a aussi des postures d'équilibre, bien souvent debout, et des postures inversées, qui placent plutôt la tête vers le sol et les pieds vers le plafond. Entre chaque posture, le pratiquant peut revenir à un asana de référence, ou bien en enchaîner plusieurs qui se suivent dans un ordre logique. Un grand nombre d'asanas sont asymétriques, ce qui implique qu'elles soient faites des deux côtés des hémicorps. Certaines sont plutôt « tonifiants » (ils se produisent plutôt lors de la première moitié de la séance), tandis que d'autres sont davantage « relaxants » (et ainsi pratiqués en fin de séance). Certains asanas s'organisent par deux, on parle alors de posture et de « contre-posture » (par exemple, la posture du « chien-tête-en-bas » étire plutôt toute la musculature postérieure, tandis que celle du « chien-tête-en-haut » étire davantage la musculature antérieure). La pratique des asanas s'équilibre donc sur plusieurs polarités : flexion/extension, contraction/étirement, mouvement/immobilité, et comme nous allons le voir, inspiration/expiration.

2.2.2. *Respiration*

On distingue dans le yoga les techniques de respirations (*pranayama*) de la respiration consciente soutenue lors de la pratique d'asanas. En effet, la pratique est indissociable de la respiration qui l'accompagne. On commence généralement en début de séance par un temps d'installation de la conscience dans la respiration, sans chercher à la modifier. Peu à peu, le pratiquant laisse ses expirations, puis ses inspirations se fluidifier, prendre de l'amplitude, tout en restant à l'écoute de ses besoins respiratoires : sentir à quel moment le besoin naturel d'inspirer ou expirer se fait sentir. Ce temps de respiration équilibre l'aspect contrôlé et naturel de la respiration. Il s'agit pour le pratiquant de trouver un ajustement entre un « contrôle » excessif de la respiration, et une respiration qui serait irrégulière, de faible amplitude.

Une fois la conscience ancrée dans une respiration suffisamment fluide et régulière, les premiers asanas peuvent être initiés, graduellement, accompagnant les cycles respiratoires.

En fonction des enchaînements dynamiques, le pratiquant produit sur chaque inspiration un mouvement d'extension ou d'étirement, tandis que sur l'expiration le mouvement se produira davantage dans la flexion et le relâchement. Le pratiquant cherche donc à adapter ses mouvements à une respiration déjà installée, et non l'inverse, même si cette coordination mouvement-respiration implique tout de même une régulation respiratoire. Néanmoins, le pratiquant cherche davantage à prendre la respiration comme référent dynamique.

Chaque entrée et sortie d'une posture statique se fait sur une inspiration ou une expiration. Là encore, en fonction de la singularité de l'asana, l'extension/ouverture se fait plutôt sur l'inspiration, tandis que la flexion/fermeture se produit plutôt sur l'expiration. Le temps de maintien d'une posture varie en fonction des écoles de yoga, de l'effet recherché et des capacités du sujet. Généralement, cette durée se compte non pas en secondes, mais en nombre de cycles respiratoires. Le pratiquant peut donc rester dans une posture entre trois et vingt-cinq cycles respiratoires (Iyengar, 1976). Ainsi, une posture est « statique » en apparence, car il demande un maintien posturale. Néanmoins, il s'organise tout de même sur un versant dynamique : chaque inspiration et expiration vient modifier la répartition et la qualité du tonus musculaire, ce qui demande des micro-ajustements posturaux permanents. Le pratiquant débutant ressentira plus facilement ces micro-ajustements dans les postures d'équilibre debout, par des oscillations de l'axe. De plus, pendant le maintien d'une posture, l'inspiration peut être accompagnée d'une contraction d'un groupe musculaire, tandis que l'expiration peut être couplée à un relâchement ou un étirement. Ainsi, la « posture statique » est en fait dynamique, vivante, en aucun cas « figée ».

Comme nous l'avons dit, le yoga compte aussi des techniques et exercices de respiration. Ils peuvent être pratiqués en début de séance, après l'installation de la « respiration consciente », ou en fin de séance après les postures, avant la relaxation finale dont nous parlerons ultérieurement.

Ces exercices appelés « pranayama » se font dans un asana assis ou allongé, et sont davantage du contrôle respiratoire, qui permettent néanmoins à la respiration naturelle ultérieure d'être plus ample et fluide. Il existe plusieurs dizaines d'exercices respiratoires, certains étant très simples, d'autres plus sophistiqués. Ces exercices doivent être pratiqués sous la supervision d'un professeur ou d'un pratiquant plus expérimenté, car s'ils ne sont pas réalisés correctement, peuvent induire de l'hyperventilation, des vertiges ou des pressions ressenties dans la tête et la poitrine. Iyengar (1976), un des yogis indiens les plus connus dans le monde, va même jusqu'à dire que le pranayama doit être pratiqué après plusieurs années de pratique d'asanas, avec un enseignant de confiance, tout en étant introduit au rythme du pratiquant. Néanmoins souvent, en séance hebdomadaire avec des pratiquant débutants, deux ou trois techniques de bases et sans danger seront tout de même initiées progressivement au cours d'une année.

2.2.3. Méditation

La pratique du yoga inclut également la méditation. Il nous faut néanmoins distinguer la méditation en tant que pratique à part entière, qui peut être faite en début ou en fin de séance, voire en dehors des séances ; de l'état méditatif inclus à la pratique d'asana.

Le principe de la méditation en yoga est de focaliser son attention sur un objet, qu'il soit intérieur (pensée, image mentale, respiration, sensation d'appui, etc.) ou extérieur (un son, une musique, une pierre, une plante, etc.). Cet objet peut être réel ou imaginaire (Baste, 2016). Il s'agit d'abord de concentrer son attention dessus, sans attente, sans but, en restant dans l'accueil des sensations reçues de cet objet. Les sensations globales, internes et externes, ainsi que les pensées qui traversent la conscience doivent être aussi accueillis, sans jugement. Le méditant observe ses pensées et sensations, tels des phénomènes qu'il laisse passer sur « l'écran de sa conscience ». Il les voit apparaître et disparaître. Lorsque la conscience se perd dans l'activité mentale (par exemple « *que vais-je manger à midi ? Ah, j'ai oublié de faire les courses* »), le méditant ramène l'attention sans jugement et avec patience sur l'objet. Cette « divagation mentale » est en soi un phénomène à accueillir. Avec la pratique, les pensées sont plus espacées, moins envahissantes, le mental est plus calme au profit de la pleine conscience de l'instant.

La méditation en tant que pratique à part entière peut être difficile pour certains sujets, qui souhaitent parfois trop rapidement « y arriver », exigeant avoir des résultats immédiats (comme « arriver à ne plus penser »), et qui ne peuvent encore s'accueillir sans jugement. Il apparaît alors nécessaire qu'une certaine disposition d'esprit préalable ou une expérience psychocorporelle antérieure soit présente avant de tenter de méditer. C'est pourquoi lors d'un cours de yoga, la méditation est rarement explorée en tant que pratique, mais davantage comme partie intégrante de la pratique posturale. La pratique du yoga se fait donc en **pleine conscience**, soit le fait de « *prendre du temps pour soi et pour être mieux au monde, d'être attentif à sa respiration et à la position de son corps dans son équilibre présent, posé ou en mouvement* » (Baste, 2016, p.24). Ainsi, la respiration, la posture et le mouvement sont observés, éprouvés, sentis par le pratiquant. Il y accueille tous les phénomènes qui y apparaissent, tels que des sensations internes, des pensées, des émotions. Le pratiquant est pleinement dans l'accueil de l'éprouvé corporel. La plus ancienne définition du yoga remonte à l'antiquité, dans les deuxième et troisième aphorismes des *Yoga-Sutra* de Patañjali, qui affirment: « *le yoga est l'arrêt des fluctuations mentales, pour que la conscience demeure en sa propre splendeur* » (Iyengar, 1993). Le yoga est donc une véritable « méditation en mouvement ».

2.2.4. Relaxation

La relaxation est indissociable de la pratique posturale. Iyengar (1993), explique que les premiers écrits pratiques du yoga parlent de l'*Abhyasa*, qui fait référence à la pratique engagée dans les postures et la concentration, et de *Vairagya* qui correspond à un état de détachement, de repos. Pour ce yogi, la pratique du yoga s'équilibre par des vas-et- viens entre l'*Abhyasa* et *Vairagya*. Ainsi, la pratique d'asanas, l'effort musculaire et la concentration soutenue doivent laisser place à un temps de « relâchement », de détente. Cette relaxation permet à la fois au pratiquant de récupérer de ses efforts, mais aussi d'accueillir davantage les sensations corporelles dans la détente progressive. Dans cette détente, le cerveau intègre plus facilement le travail somato-psychique effectué. Ainsi, chaque séance de yoga se termine par un temps de relaxation, la plupart du temps allongé. À défaut, il pourra se faire assis. La relaxation se fait en général avec les inductions verbales de l'enseignant, qui accompagne le pratiquant par étapes vers de la détente.

En yoga, plusieurs façons d'effectuer la relaxation sont possibles. Il peut s'agir de laisser sa respiration consciente s'apaiser, trouver son rythme naturel. Le pratiquant peut aussi porter son attention sur l'ensemble de l'éprouvé corporel, à commencer par la sensation de contact du corps avec le sol ou la chaise.

Certains enseignants amènent aussi les pratiquants à effectuer un « balayage du corps par la conscience ». Cette relaxation consiste à éprouver chaque partie de son corps en y focalisant l'attention sur les sensations de chaque segment corporel, l'un après l'autre. Il est possible d'effectuer cette « rotation de la conscience » des pieds vers la tête ou de la tête vers les pieds. Souvent, l'enseignant suggère aux pratiquants de se détendre un peu plus sur chaque expiration. Certains enseignants procèdent aussi à du *yoga-nidra*, qui peut se traduire par « sommeil conscient ». Il s'agit d'un ensemble de techniques de relaxation sur induction verbale qui se caractérise notamment par des visualisations, à la fois « dans le corps » mais aussi en images mentales (paysages, couleurs, etc.). Ces techniques sont toutefois moins utilisées. Au départ, lors de la relaxation finale, les pratiquants peuvent voir leur vigilance s'abaisser au point de s'endormir, mais la régularité de la pratique amène la détente à s'installer davantage, toujours plus en profondeur dans l'unité somato-psychique, sans que le sujet ne perde conscience.

2.2.5. Une éducation de la conscience corporelle

La pratique combine donc trois aspects simultanément : le mouvement, la respiration et la conscience. Étienne et Dupuis (2012, p.370) parlent de ce « *trépied attentionnel du yoga* » comme favorisant « *une conscience non-verbale des processus* » somato-psychiques. Dans cette pratique, le sujet ancre sa conscience dans les sensations corporelles globales (tactiles, proprioceptives, vestibulaires). Dans un état d'accueil de soi, des émotions, des pensées et des sensations (pleine conscience), le pratiquant coordonne ainsi sa respiration à son mouvement, et apprend à éprouver pleinement chaque asana. La conscience de l'asana passe par l'éprouvé des zones de contact du corps avec le sol ou la chaise, mais aussi par le ressenti de la place qu'occupe le corps dans l'espace, comment les segments corporels sont organisés entre eux.

Iyengar (2009, p.126) dira lorsqu'il pratique : « *je ne suis pas différent de l'asana, l'asana n'est pas différent de moi, je suis l'asana et l'asana est moi* ». Cette phrase illustre l'intégration conscience-posture-respiration en un tout perceptif qui se produit chez le pratiquant avec l'expérience. L'aspect « non-naturel » de l'asana permet au pratiquant de maintenir une attention soutenue visant à ajuster la posture le plus finement possible, en accord avec ses capacités du moment. Le yoga éduque ainsi le pratiquant à une conscience corporelle toujours plus fine, plus discriminative.

2.2.6. Une posture de l'esprit

Au delà des aspects théoriques de la philosophiques du yoga qui ne concernent pas directement la pratique par elle-même, celle-ci se fait à partir d'un certain état d'esprit, une certaine « disposition d'esprit » nécessaire et préalable, qui s'éduque également au fil de la pratique indissociablement de la pleine conscience. Ainsi, le yoga invite le pratiquant à faire preuve de non-violence avec soi-même (*ahimsa*). Il s'agit de ne pas chercher la performance, ni aller au-delà de ses capacités en se blessant. Cela consiste, par exemple, à ne pas insister sur un étirement si des douleurs apparaissent. Cette « non-violence » avec soi concerne aussi le fait de cesser de se juger ou de se comparer aux autres. La progression dans une pratique régulière est inévitable, mais évolue au rythme de chacun. L'endurance, la souplesse et l'équilibre arrivent progressivement, bien que ces qualités ne soient néanmoins que des « effets secondaires » du yoga, le but de la pratique étant davantage l'éducation de la conscience.

Pour cela, les premiers textes pratiques du yoga (Iyengar, 1993) suggèrent au pratiquant de se placer dans un état de « contentement » (*santosa*), c'est-à-dire d'acceptation de ses propres capacités du moment, et d'accueil de son état psycho-émotionnel de l'instant. D'après Räsänen (2007, p.36), le yogi internationalement connu Pattabhi Jois disait que dans la pratique, « *chaque jour est un bon jour, chaque moment, un bon moment* ». Il s'agit donc de s'accueillir dans l'instant. Räsänen (2007) recommandent aussi de pratiquer à son rythme propre, et d'observer avec honnêteté et transparence, ses propres besoins respiratoires ou posturaux, ainsi que ses propres limites. D'après Morency (2016), le yoga se distingue de l'exercice physique classique par son rejet de la compétition ou de la recherche de performance, mettant l'accent sur l'intériorisation et la conscience des sensations.

D'une façon générale, même si la pratique du yoga peut demander de l'effort physique et mental, elle doit rester un temps pour soi, invitant le pratiquant à rester dans la bienveillance envers lui-même. Afin d'introduire cette « posture de l'esprit », le discours de l'enseignant prend un rôle essentiel. Il invite les pratiquant, au cours de la séance, à « accueillir les sensations », et à « observer, avec bienveillance, sans jugement, les pensées et les émotions qui peuvent apparaître ».

2.1.7. Yoga et personnes âgées

« *Il n'y a pas d'âge limite pour le yoga, ni de restriction géographique. La différence de sexe ou d'état de santé ne sont pas non plus des inconvénients* » (Iyengar, 2009, p. 76). Ainsi, des sujets âgés résidents en EHPAD peuvent tout aussi bien faire du yoga, selon leurs capacités, que les sujets plus jeunes. D'après Desikachar (2007), le yogi T. Krishnamacharya, l'un des pionniers à l'origine de la diffusion du yoga dans le monde au cours du XXème siècle, disait que « *la personne qui doit s'adapter au yoga, mais le yoga qui doit s'adapter à la personne* ». Ainsi, chaque sujet âgé peut faire du yoga à condition que la pratique soit adaptée à ses capacités et ses fragilités. Plusieurs auteurs proposent ainsi des programmes de yoga pour les aînés (Morency, 2016). Ce yoga se fait essentiellement assis sur chaises. Après une série d'échauffements, cette auteure propose aux sujets âgés des asanas assis. Puis, des postures debout pourront être initiées en apprenant à se lever sans risque, pour se tenir à l'arrière de la chaise, les mains sur le dossier. Ensuite pourront s'amorcer les postures au sol, avant la relaxation finale.

2.3. Yoga et psychomotricité

Le yoga, en tant que pratique psycho-corporelle, peut pertinemment être utilisé en psychomotricité. M.T. Guay, psychomotricienne, propose à l'Institut de Motricité Cérébrale de Paris une formation à la médiation yoga en situation thérapeutique ou éducative pour des professionnels paramédicaux et éducatifs. Son approche s'applique également pour les personnes âgées cérébro-lésées. Nous ne traiterons pas de l'ensemble des apports que le yoga peut porter à la psychomotricité, mais plutôt de son intérêt dans la prévention des chutes.

2.3.1. Prévenir les chutes avec le yoga

En comparaison avec d'autres approches orientales (Tai-chi, Qi-gong), peu d'études ont étudié l'impact du yoga dans la prévention des chutes des sujets âgés. Néanmoins, Brown et ses collaborateurs (2008) montrent que des exercices simples de yoga pour des sujets âgés de plus de 80 ans permettait de réduire l'ensemble des risques intrinsèques de chute et augmenter la qualité de vie. DiBenedetto et son équipe (2005) avaient déjà montré que le yoga permettait aux seniors d'augmenter efficacement l'amplitude articulaire de la hache, la longueur du pas ainsi que la mobilité du bassin, ce qui contribue à prévenir les chutes. Une étude réalisée en 2010 met en évidence qu'un programme de yoga étalé sur douze semaines, avec des personnes âgées présentant une symptomatologie post-chute, permettait de renforcer l'équilibre dynamique, assouplir les articulations des membres inférieurs et diminuer la peur de la chute (Schmid & al., 2010). L'étude encourage les professionnels de la rééducation à utiliser le yoga dans la prévention des chutes.

D'autres études vont dans le même sens. D'après Zettergren et ses collaborateurs (2011), huit semaines de yoga pour des résidents en institution permettraient de renforcer l'équilibre statique et d'augmenter la vitesse de la marche. Néanmoins, une revue systématique incluant une méta-analyse montre que le yoga aurait une efficacité plus significative sur la motricité générale des personnes âgées que sur l'équilibration (Youkhana & al., 2016). Pour les auteurs, davantage d'études sont nécessaires pour identifier précisément comment le yoga peut être utilisé en prévention des chutes. Ces études ont néanmoins des limites. Pour la démarche expérimentale, elles utilisent pour la plupart des programmes de yoga qui s'appliquent à un groupe de sujet, et ne se personnalisent ni en fonction de la singularité des sujets, ni en fonction de leurs troubles. Elles isolent également le yoga d'une éventuelle prise en soin institutionnelle.

D'une façon générale, le yoga stimule la proprioception du sujet âgé. Le ressenti de la disposition de la posture dans l'espace, de ses appuis dans le sol ou la chaise, ainsi que de la respiration qui l'accompagne favorise une éducation de la conscience corporelle toujours plus fine qui s'organise dans une verticalité, prise pour référence dans une grande majorité de postures. De fait, le schéma corporel est enrichi.

Les coordinations dynamiques générales s'organisent et se hiérarchisent, grâce à la segmentation des mouvements et au nécessaire ajustement tonique. Le yoga aide les pratiquants à placer, déplacer ou replacer leur centre de gravité en fonction de la posture ou de l'enchaînement dynamique, ce qui renforce l'équilibre statique et dynamique. Les transferts sont induits lors des passages des postures assises à debout, en quadrupédie ou allongées.

L'attention soutenue est mobilisée tout au long de la pratique, se focalisant sur la respiration, les sensations corporelles et le mouvement. L'attention sélective se produit lorsque le sujet ne doit porter son attention que sur un segment corporel exclusif ou une zone localisée du corps (les narines, les omoplates, etc.). Une attention sélective également lorsque le sujet ne se focalise que sur sa pratique propre, laissant les autres participants du groupe pratiquer à leur façon. La variété des postures permet d'étirer et de renforcer la musculature générale du corps, aussi bien les agonistes que les antagonistes, les muscles fléchisseurs et extenseurs, la musculature superficielle comme la musculature profonde.

Le yoga est donc un véritable « travail multidimensionnel » (Morency, 2016), qui vient rejoindre les objectifs thérapeutiques du psychomotricien dans la prévention des chutes.

2.3.2. Une médiation en psychomotricité

Le psychomotricien établit un projet thérapeutique individualisé, et identifie à partir du bilan préalable du sujet quelle type de prise en soin est pertinente. De fait, son approche est centrée sur le sujet. Dans le cadre de la prévention des chutes, l'intérêt peut donc se porter sur le yoga en tant que médiation, en le pensant et l'adaptant en fonction de la singularité des sujets. C'est notamment le point de divergence entre un psychomotricien qui utiliserait le yoga comme outil de médiation, et un professeur de yoga intervenant en EHPAD.

Le terme « médiation » vient du latin *mediare*, qui signifie « s'interposer entre ». La médiation implique donc un objet « médium » qui s'interpose entre le psychomotricien et le sujet. Cette triangulation relationnelle permet à la symbolisation d'émerger dans une mise en jeu du corps en relation. En médiation thérapeutique comme en yoga, il s'agit pour le sujet d'engager un cheminement vers soi, vers une éducation de la conscience. En revanche, la médiation suppose que par le médiateur et l'étayage du psychomotricien, l'éducation à la conscience vienne en plus nourrir les représentations du corps de nouvelles significations. Pour la prévention des chutes, il s'agit d'amener le sujet, par le yoga, à symboliser un éprouver corporel positif et une plus grande confiance en ses capacités, venant enrichir l'image du corps, diminuant la peur de la chute. Il s'agit aussi d'accompagner le sujet vers une plus grande sensibilité somato-viscérale, à diriger sa conscience corporelle dans les transferts, la marche et la station debout, pour enrichir le schéma corporel, et appliquer son investissement dans la vie quotidienne, diminuant les troubles de l'équilibre et de la marche. Le yoga en psychomotricité serait donc un outil de symbolisation.

Comme nous l'avons dit précédemment, dans la prévention des chutes, un atelier est particulièrement efficace s'il est couplé à un autre atelier qui explore d'autres dimensions. Dans une prise en soin psychomotrice et institutionnelle plus globale, ainsi que dans une action préventive pluridisciplinaire, une séance de psychomotricité à médiation yoga peut donc voir le jour une fois par semaine, couplé à une séance de gym douce, de parcours psychomoteur, ou d'atelier de relever du sol sur un autre jour. De plus, en fonction des sujets, les séances peuvent être individuelles ou groupales.

Synthèse du chapitre 2

Les actes du psychomotricien dans la prévention des chutes en EHPAD sont donc l'examen psychomoteur (qu'il soit complet ou spécifique) ainsi que la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé, amenant le sujet dans un groupe thérapeutique si ses troubles ne sont pas envahissant, ou dans un suivi individuel dans le cas contraire. Ainsi, un groupe thérapeutique à médiation yoga pourra être mis en place en complémentarité d'un atelier de relever du sol, de parcours psychomoteur, de gym douce ou de sorties thérapeutiques.

Partie pratique

Chapitre 3 : Élaboration d'un atelier yoga en EHPAD

1. La mise en place de l'atelier

Dans l'institution où j'effectue mon stage, l'expérience de chute et la symptomatologie post-chute sont fréquents chez beaucoup de résidents. La psychomotricienne avait déjà mis en place un atelier « *gym-douce* », chaque lundi, en vue de prévenir l'aggravation des troubles (cognitifs, d'orientation spatiale et temporelle, de l'équilibre etc.), ainsi que de renforcer les compétences psychomotrices des résidents (coordinations dynamiques, schéma corporel, ajustement tonique, etc.). En vue d'améliorer la prise en soin institutionnelle dans la prévention des chutes de ces résidents, je prends l'initiative de mettre en place un autre groupe à visée préventive, dans lequel certains résidents du groupe *gym-douce* pourront venir s'investir d'une autre façon complémentaire.

Ayant au départ réfléchi à la mise en place d'un atelier axé sur le relever du sol, ainsi que d'un parcours psychomoteur, ces deux idées viennent se heurter au réel de l'institution. Les lieux, en effet, n'offrent pas de salle dans laquelle s'isoler en groupe (salle de psychomotricité, de détente, e.g.). Les uniques espaces à investir en groupe sont les couloirs et les différents salons, dans lesquels il y a régulièrement du passage de résidents ou de personnel. À ce titre, la *gym-douce* s'effectue dans un espace de couloir suffisamment large, déjà investi par ailleurs, sur un autre temps, par une animation « pétanque ». Avec la psychomotricienne, nous décidons finalement de la mise en place d'un atelier *yoga* orienté dans la prévention des chutes, que je porterai chaque vendredi matin à partir de février 2016.

En psychomotricité, la prévention des chutes pour certains résidents se fait donc dans l'association complémentaire des médiations *gym-douce* et *yoga*. En Annexe N°4 sont détaillés les objectifs thérapeutiques de cet atelier, qui permettront à la fois d'orienter la médiation mais aussi de présenter à l'institution l'implication de ce groupe dans la prévention des chutes.

2. Le cadre

Avec la psychomotricienne, nous rédigeons un projet thérapeutique d'atelier, que nous présentons à la direction de l'institution. Une fois ce projet validé, les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont informés de ce groupe, et nous déterminons ensemble l'heure et le jour de l'atelier en fonction des activités et des soins des résidents. Plusieurs ajustements pourront être fait ultérieurement afin d'assurer un fonctionnement institutionnel optimal. Le choix des résidents pour cet atelier est discuté avec la psychomotricienne, et nous convenons que les sujets doivent remplir plusieurs conditions : participer à l'atelier *gym-douce* par ailleurs, être en capacité d'effectuer des mouvements sur imitation directe, avoir la notion de réversibilité, avoir une somatognosie correcte, et être en capacité de marcher, se lever et s'asseoir sans aide humaine. Le groupe s'oriente donc vers la prévention plutôt *secondaire* des chutes, lors de l'apparition des symptômes post-chutes.

L'atelier *gym-douce* étant antérieur à l'atelier *yoga*, la plupart des résidents que nous identifions ont déjà été évalués par la psychomotricienne. Je rencontre néanmoins chacun d'eux afin de convenir ensemble de leur participation ou non à l'atelier *yoga*. Ainsi, ils seront du nombre de sept au départ, mais trois d'entre eux quitteront le groupe au cours des premières séances pour des raisons externes. Le suivi dans l'atelier *yoga* se fait ainsi avec quatre résidents.

L'atelier *yoga* a lieu dans un petit salon lumineux, avec de grandes fenêtres, souvent peu investi par les résidents car se situant en bout de couloir, et donc éloigné de la plupart des autres lieux de vie. Avant chaque séance, j'aménage l'espace de la façon suivante: disposition des meubles pour former un espace semi-clos, mise en place de chaises en cercle et installation d'une ambiance de détente (musique douce de fond, plantes vertes sur les meubles, parfum d'ambiance à l'huile essentielle de lavande). Cet espace est prêt un quart d'heure avant le début de la séance, temps nécessaire à l'accueil des résidents. Parmi eux, deux ont des troubles mnésiques nécessitant que je vienne les chercher pour la séance, tandis que les deux autres résidents nous rejoignent à l'heure en toute autonomie.

3. Le déroulement d'une séance

Afin d'initier ce qui se joue dans l'atelier yoga, voici la description d'une « séance type ». Cette description restera assez générique et ne prendra pas en compte toutes les inductions verbales effectuées, ni la singularité de chaque séance. Néanmoins, chaque séance s'organise de la même façon, préalablement construite et réfléchi pour l'orienter dans le projet thérapeutique.

3.1. Temps d'échange

La séance débute par un temps d'échange verbal. C'est l'occasion pour les résidents de partager leur humeur du moment, les éventuelles chutes ou difficultés vécues dans la semaine. Si besoin, je resitue la séance dans le temps et l'espace en cas de confusion dans l'orientation temporo-spatiale chez certains résidents. Quand chacun a pu s'exprimer, chacun enlève ses chaussures et les place sous la chaise, avant de bien placer toute la surface plantaire en contact avec le sol. Je fais de même. Pendant toute la séance qui va suivre, je m'implique corporellement avec eux, initiant chaque geste, posture et mouvement, tout en les décrivant verbalement. Chaque participant peut ainsi s'appuyer sur l'imitation directe tout en se servant des inductions verbales.

3.2. Douche sensorielle

Nous procédons à un échauffement en initiant la « douche sensorielle ». Chaque résident commence par s'échauffer les mains, remontant par étapes jusqu'aux épaules, un bras l'un après l'autre. Arrivé au cou, chacun masse avec les doigts, caresse, frictionne, malaxe ou pétrie les masses musculaires et la peau avec l'intensité qui lui correspond, remontant au visage et descendant le long du corps jusqu'aux pieds. À ce stade, les résidents ont le buste fléchi et les mains touchant les pieds ou les chevilles. J'invite les participants à placer les mains sur les genoux pour redresser le buste sur une inspiration. On termine par des petits tapotements et frottements des pieds sur le sol, variant la surface de contact (bords intérieurs, bords extérieurs, talons, orteils.).

3.3. Vers l'intériorité

Nous voilà dans notre posture de base, la posture de la montagne (cf. Annexe N°6), qui servira de référence pour l'ensemble des postures assises. J'invite chacun à observer la place qu'il occupe dans la pièce, ainsi que sa place par rapport aux autres. Puis, quand le sujet se sent prêt, il peut fermer les yeux, tout en « *laissant l'environnement à l'extérieur, se tournant à présent vers l'intérieur* ».

3.4. Respiration

Nous procédons alors à la prise de conscience de la respiration. L'intérêt n'est pas d'immédiatement contrôler sa respiration, mais d'abord l'accueillir. J'invite notamment à sentir l'air plutôt frais et sec entrer par les narines, et l'air plus chaud et humide ressortir par la bouche. Il est possible d'inviter les participants à imaginer, dans le corps, le trajet de l'air, de l'entrée à sa sortie. Peu à peu, la respiration peut se fluidifier, l'amplitude augmenter, tout en restant attentif aux besoins respiratoires ressentis. Souvent, j'invite les sujets à placer leurs mains sur le ventre, puis les basses-côtes suivi du haut de la poitrine, afin de sentir la respiration à chaque « étage » du buste. De là, nous procédons à un exercice respiratoire, qui varie d'une séance à l'autre. Par exemple, inspirer longuement avant de soupirer bien fort, ou faire des apnées poumons pleins. Puis, nous revenons à notre respiration consciente naturelle, en accueillant les sensations. J'invite les participants à prendre conscience du bassin en appui sur la chaise, et de sentir leur verticalité. Je leur suggère notamment une image, celle de tenter d'enfoncer le bassin dans la chaise tout en essayant de soulever le plafond avec le sommet de la tête. Immédiatement, une verticalité s'érige, s'organise, au départ automatiquement, et peu à peu se structure en toute conscience.

3.5. Postures assises

Nous procédons alors aux enchaînements dynamiques (cf. Annexe N°6), et aux postures assises (cf. Annexe N°7). Ceux-ci varient d'une séance à l'autre. Néanmoins, il paraît pertinent de commencer par des mobilisations segmentaires en commençant de la tête vers les pieds. Se suivent alors enchaînements et postures, coordonnés à la respiration, tout en prenant le temps de revenir à la posture de la montagne entre chaque asana. Ensuite, nous engageons des postures et des enchaînements assis plus globaux, engageant le corps dans sa globalité, toujours en prenant comme référence la verticalité. S'y ajoutent des torsions (cf. Annexe N°8), dans lesquelles les participants sont invités à prendre conscience de la forme spiralée que prend leur verticalité, à imaginer leur colonne vertébrale. Puis, des mouvements croisés de l'axe, et des postures engageant la dissociation gauche-droite.

3.6. Transfert assis-debout

Pour effectuer la transition vers les postures debout, nous effectuons le premier transfert : se lever pour se placer en station debout. J'invite les participants à ce que nous fassions ce transfert par étapes guidées verbalement. D'abord, vérifier que les pieds soient bien placés dans le sol, bien éveillés à la sensation d'appui. Puis, placer les mains sur les accoudoirs de la chaise, avant de fléchir le buste et les genoux en même temps (en invitant à ce que le buste se fléchisse à partir de la hanche, plaçant le bassin en antépulsion). Il s'agit d'amener à « repousser le sol avec les pieds » en inspirant, laissant la verticalisation s'installer lentement, en éprouvant le déroulé du dos, terminant par la tête. Puis, en s'aidant de la chaise comme soutien sécuritaire, chaque participant se place derrière elle, les mains en appui sur le dossier. Nous voilà dans la posture de la montagne debout (cf. Annexe N°9), nouvelle posture de référence pour les postures debout.

3.7. Postures debout

Avant d'entrer dans les premiers asanas debout, je peux proposer aux sujets de porter le poids du corps sur le côté droit, gauche, puis en avant et arrière, afin d'éprouver les limites de l'équilibre. Cette « prise de risque » est sécurisée par un maintien des mains sur le dossier de la chaise. Nous passons ensuite aux postures debout (cf. Annexe N°10), revenant dans la posture de la montagne entre chacune d'elles. Ces postures varient d'une séance à l'autre. Elles engagent davantage la globalité du corps, tendent vers un placement juste du bassin et une tonicité active dans les membres inférieurs. Comme pour les postures assises, il est possible varier les postures ou leur temps de maintien au fil des séances, selon les capacités du groupe. Il s'agit avec le temps, à la fois d'introduire des postures plus élaborées, mais aussi une description verbale plus fine, plus précise des ajustements à adopter, ou des éléments que l'on peut éprouver.

3.8. Transfert debout-assis

Pour revenir à la station assise, je guide de nouveau, par étapes, le sujet à s'asseoir de la façon la plus économique et sécuritaire. Il s'agit d'abord de se placer devant la chaise en ayant prit soin de la regarder avant, et reculer jusqu'à sentir le contact des jambes sur son rebord. Puis, placer les mains sur les accoudoirs en se servant de la vision. On fléchit là encore le buste en avant en même temps que les genoux, afin de déposer lentement le bassin sur la chaise sur une expiration. De nouveau, les participants retrouvent la posture de la montagne assise.

3.9. Posture relaxante

Depuis la posture de référence, un dernier asana peut être initié. Pour qu'il soit relaxant, je propose fréquemment la posture de la tortue (cf Annexe N°11), connue pour activer le système parasympathique, et donc favoriser la détente. J'invite les sujets à maintenir la posture sur plusieurs respirations, en se détendant un peu plus à chaque expiration, en maintenant les appuis dans le sol. Puis, sur une longue inspiration les sujets déroulent le dos allant vers la verticalité, et de nouveau, les participants se trouvent la posture de la montagne.

3.10. Relaxation

La séance se termine systématiquement par une relaxation finale. Comme au début de la séance, j'invite les participants à placer les mains sur les genoux, paumes de mains tournées vers le plafond. De nouveau, un temps pour s'accueillir. Éprouver les sensations globales. Prendre conscience du contact avec le sol et la chaise. Se laisser bailler ou soupirer après l'effort engagé dans les postures. Laisser sa respiration s'apaiser, trouver son rythme naturel.

J'introduis alors une relaxation, comme un balayage de la conscience dans les différentes parties du corps. Les pratiquants pourront, cette fois, procéder des pieds jusqu'à la tête, afin de se servir de la sensation d'ancrage podale, comme levier pour élargir la conscience au reste du corps. De plus, cela offre une complémentarité avec la « douche sensorielle » du début. Dans ce parcours focalisé de l'attention, véritable « voyage » dans le corps, deux options sont possibles : il est possible d'inviter les sujets à simplement accueillir les sensations (ou l'absence de sensation). Ou alors, sur chaque partie du corps nommée, suggérer de détendre davantage sur l'expiration. Il m'est arrivé aussi d'utiliser les contractions/relâchements de Jacobson, en invitant à comparer, pour soi-même, les sensations entre les segments symétriques des hémicorps. J'ai pu aussi me servir des étapes de conscience du training autogène de Schultz (lourdeur, chaleur, battements cardiaques) pour affiner davantage la conscience corporelle et le processus de détente.

3.11. Verbaliser

Après une sortie progressive de la relaxation, chaque participant prends le temps de faire un retour sur son vécu pendant la séance. L'occasion de poser des questions, de partager des ressentis communs, d'accueillir l'autre dans sa singularité. Je reviens sur des éléments, fais un retour à mon tour. Je les invite régulièrement à refaire seuls, s'ils le souhaitent, des asanas assis qui les ont marqués, le matin ou en fin d'après-midi, après la sieste. Après s'être mutuellement remerciés, les résidents quittent le lieu à leur rythme, se dirigeant la plupart du temps vers la salle à manger.

4. Adapter le yoga à la psychomotricité

Dans cet atelier, j'invite progressivement les participants à focaliser l'attention sur le mouvement, la respiration et la sensibilité proprioceptive, au départ de façon séparée. Au commencement en effet, les pratiquants sont rarement capables d'éprouver en toute conscience ce trépied du yoga, il est donc nécessaire de les amener à focaliser leur attention par étapes. Progressivement, les sujets coordonnent spontanément le mouvement au rythme respiratoire, signal pour introduire la mise en œuvre consciente de cette coordination dans la séance. Puis, graduellement, j'invite les sujets à porter l'attention sur l'éprouvé corporel dans l'*asana*. Avec la répétition hebdomadaire, ils progressent à leur rythme vers l'intégration perceptive de ces éléments. La répétition est donc ici thérapeutique, semblable à une évolution en colimaçon qui viendrait, à chaque nouvelle répétition, nourrir et intégrer le vécu précédent.

Dans une séance classique de yoga avec un enseignant, en dehors de tout cadre thérapeutique, la pratique peut s'organiser de façon variée. Le professeur peut à l'occasion orienter sa séance sur les postures assises, debout, voire même plutôt tonifiantes ou bien relaxantes. Certaines formes de pratique commencent systématiquement par les mêmes enchaînements dynamiques, puis les postures debout, assises au sol et allongées avant la relaxation, et ce pour tous les individus (Räisänen, 2007). En psychomotricité, néanmoins, l'intérêt se porte davantage dans l'adaptation du yoga au travail psychomoteur engagé dans le projet thérapeutique. Cette adaptation se fait donc au préalable, lors de la construction de la séance. Mais aussi *pendant* la séance, lorsque le psychomotricien, attentif à l'expressivité des participants, juge pertinent d'insister sur certains aspects. Par exemple, il est possible de se focaliser davantage sur l'équilibre unipodal au cours d'une séance, ou alors sur la sensation des appuis, de prendre plus de temps pour les transferts, etc. Cette adaptation est immédiate et instantanée, dont les conditions préalables sont le dialogue tonico-émotionnel et l'engagement corporel du psychomotricien. Ainsi, l'approche de notre profession permet d'adapter le déroulement de la séance d'une part en fonction de son ressenti propre vis-à-vis du groupe, d'autre part en fonction de la pertinence thérapeutique des sujets concernés, c'est-à-dire selon leur problématique singulière. L'un des intérêts du yoga en psychomotricité est donc de pouvoir être adapté selon les objectifs thérapeutiques et la singularité du sujet.

Ainsi, les séances sont construites pour étudier les transferts chaque semaine, les intégrant pleinement à la continuité consciente et vivante qui s'opère à travers le yoga. En effet, une fois la pratique amorcée, j'évite les « ruptures » au cours de la pratique, qui peuvent arriver en donnant par exemple trop d'explications ou en souhaitant montrer quelque chose. Si des explications détaillées doivent être données, elles le sont lors des temps de verbalisation. La « douche sensorielle », outil déjà utilisé par ailleurs en psychomotricité, échauffe les muscles et les articulations, tout en éveillant la sensorialité tactile et proprioceptive, mettant le sujet en condition pour le reste de la séance. De plus, notons que l'aboutissement de cet échauffement, les mains placées au niveau des pieds, permet au sujet de fléchir le buste vers le sol, à l'opposé de toute rétroimpulsion. C'est déjà, ici, une première approche du sol pour le sujet.

La douche sensorielle et l'ordre des enchaînements dynamiques segmentaires depuis le haut du corps vers le bas, respectent la loi céphalo-caudale du développement psychomoteur. En effet, au cours du développement de l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans environ, la maturation du système nerveux suit notamment cette loi céphalo-caudale, de la tête jusqu'aux pieds, faisant émerger dans la même direction l'organisation tonique et l'acquisition des grandes fonctions motrices (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011). Ainsi, organiser les séquences motrices du yoga selon ce schéma permet de suivre la logique de la structure incarnée dans l'organicité du sujet. Ainsi, un ancrage progressif de la conscience, porté par la sensibilité tactile et proprioceptive, émerge dans les appuis plantaires.

La mise en jeu globale du corps dans les postures assises plus complexes ainsi que les postures debout, est préalablement préparé par les enchaînements segmentaires. La sensibilité somato-viscérale bien activée, les mouvements croisés de l'axe ainsi que les dissociations viennent plus facilement chez les participants. Les postures en torsion, couplées à l'éprouvé de l'aspect spiralé de la colonne vertébrale, permettent de préparer les mouvements spiralés de l'axe qui s'engagent nécessairement au cours des retournements et changements de direction lors des transferts et de la marche.

En suivant le rythme des sujets au fil des séances, les postures et leurs variations multiples sont introduites au fur et à mesure. Par exemple, seules les *asanas* assises seront initiées lors des premières séances.

Progressivement, les transferts et les postures debout seront introduits. S'ajoutent ensuite des postures d'équilibre unipodale, ou l'entrée dans la position du chevalier-servant (cf. Annexe N°12), en plaçant un coussin ou un tapis au sol, à l'arrière de chacun, en vue d'y poser un genou. On introduit dès à présent la mise au sol et son relever. Si cette posture peut être répétée à chaque séance par l'ensemble des sujets sans trop de difficultés (appréhension, faiblesse musculaire), et si l'on dispose de tapis de sol, il est possible d'amener les sujets en quadrupédie et initier l'enchaînement dynamique du chat (cf. Annexe N°13). Ce dernier, en dehors de tous ses bienfaits articulaires, permet d'une part d'éprouver davantage l'axe vertébral, et d'autre part de maintenir l'attention du sujet dans le trépied du yoga, soulageant ainsi l'appréhension fréquente lors de l'arrivée au sol. En effet, l'expérience rapprochée du sol peut susciter des angoisses chez le sujet chuteur, qu'il est nécessaire d'accueillir mais aussi de moduler. Progressivement, les sujets pourront aller au sol en suivant chaque étape (cf. Annexe N°14). Une fois allongé au sol, les genoux fléchis et les talons rapprochés du bassin, les sujets pourront pratiquer l'enchaînement dynamique du pont (cf. Annexe N°15). Puis, procéder à une dernière posture relaxante au sol (cf. Annexe N°16), avant de procéder aux étapes du relever pour revenir s'asseoir (cf. Annexe N°3).

L'aspect thérapeutique donc, n'est pas uniquement le médiateur yoga dans son essence, mais surtout la façon dont il est adapté pour la psychomotricité, et plus spécifiquement pour le sujet et sa problématique. Il s'agit donc d'avancer dans la pratique au rythme de chacun, progressivement. Il s'agit aussi d'accepter qu'un sujet dans le groupe n'ose pas s'initier au sol alors que les autres le veulent, même physiquement accompagné et contenu. L'important, dans ce cas, est de verbaliser son refus, montrer au sujet et à l'ensemble du groupe qu'on valide son ressenti et accepte son choix, que c'est ainsi aujourd'hui, et que ce sera peut-être différent un autre jour. Néanmoins, il va de soi que si un sujet se montre à plusieurs reprises dans le refus, il faudra alors questionner la pertinence de son suivi dans l'atelier. Une séance individuelle peut être plus adaptée.

« La verticale humaine est faite de pesanteur qui s'appuie sur le sol par la charpente osseuse, et de tonus qui nous redresse vers la lumière jusqu'à éveiller la conscience qui la rend possible et lui donne son sens ».

Jacques Garros (2014, p. 80)

Chapitre 4 : Une médiation yoga en séance groupale : cas d'Isabelle

1. Anamnèse

1.1. Présentation

Isabelle a 94 ans. Ancienne coiffeuse à Bordeaux d'origine espagnole, elle a quatre frères et cinq sœurs, dont une est décédée dans les années quatre-vingt la même année que sa mère. Ce double décès l'a beaucoup affecté, affirmant encore aujourd'hui ne s'être jamais vraiment remise. Pendant plusieurs années, Isabelle maintenait une vie dynamique avec son mari, sans avoir jamais eu d'enfants. Elle faisait du vélo tous les matins et restait très en lien avec sa famille.

Le syndrome parkinsonien du mari n'a pas tardé pas à affecter Isabelle. Épuisée par sa perte d'autonomie, elle glisse dans une dépression chronique. Elle suit alors un traitement antidépresseur qui est toujours d'actualité. Le mari rentre finalement en EHPAD et décède quelques mois plus tard en juillet 2014. Isabelle se retrouve seule, dans un quartier bordelais où le voisinage a décidé de l'ignorer en raison de plusieurs conflits interpersonnels. Les chutes au domicile se font de plus en plus fréquentes, elle s'y sent angoissée, décrivant « *une boule au ventre* » chaque fois qu'elle se levait le matin. Elle décide alors d'intégrer l'EHPAD où était son mari en octobre 2014. Elle dit désormais s'y sentir mieux, entourée, souhaitant se contenter désormais de ce qu'elle nomme son « *petit studio* » dans la résidence. Au premier abord très sociable avec les résidents, elle rentre fréquemment en conflit avec eux, qui lui reprochent de toujours critiquer l'entourage résident et soignant. Néanmoins, elle dit trouver, dans sa nouvelle vie en institution, « *un nouvel équilibre* ».

1.2. Éléments médicaux

Isabelle porte un appareillage auditif en raison d'une perte d'audition d'origine génétique. Elle présente aussi des troubles vestibulaires, entraînant des vertiges. Jusqu'en février 2017, elle suit un traitement médicamenteux allant de huit à cinq médicaments par jour.

Par la suite, afin de diminuer le risque de chute, le médecin traitant ne lui en prescrit plus que trois. Elle prends donc de l'*Oméprazole* (pour l'acidité gastrique), du *Paroxétine* (antidépresseur ISRS) ainsi que du *Lorazépam* (anxiolytique de la famille des benzodiazépine). Isabelle a également des antécédents de prothèses totales de hanche, aussi bien à gauche qu'à droite, suite à de l'arthrose douloureuse provoquant une usure de la hanche. Des examens radiologiques ultérieurs ne présentent plus d'anomalies de ces articulations, suggérant un rétablissement anatomique effectif. La grille AGGIR la catégorise en *Gir5*, jusqu'en juin 2016 où elle passera *Gir4* (cf. Annexe N°1). Une limitation articulaire au coude droit est relevée, conséquence d'une tendinite et de chutes répétées.

1.3. Kinésithérapie

Isabelle commence un suivi en kinésithérapie qu'elle décide d'arrêter rapidement, se plaignant du « *trop de médical* » autour d'elle. Devant l'insistance du médecin traitant et de l'institution, elle reprends néanmoins la kinésithérapie à raison de deux séances hebdomadaires. Le kinésithérapeute relève la présence de la peur de chuter, ainsi que de troubles de l'équilibre. Le projet de ces séances est, à la demande du médecin prescripteur, de renforcer l'équilibration et de soutenir la marche.

1.4. Bilan et suivi psychologique

Plusieurs rencontres avec la psychologue de l'institution ont eu lieu entre 2015 et 2016. Le bilan psychologique présente une personnalité pathologique souvent inadaptée dans la relation à l'autre. L'échelle HADS relève un état anxieux et dépressif peu significatif (Anxiété : 10/21, Dépression : 6/21). Le test du MMS indique des troubles cognitifs mineurs (score : 25/30, 10ème percentile), notamment sur le versant du rappel différé de mots et le calcul. Néanmoins, malgré une mémoire de travail légèrement perturbée, les capacités attentionnelles sont fonctionnelles. Après un début de suivi psychothérapique, Isabelle décide de l'arrêter, après avoir été irritée par une question de la psychologue relative à ses problèmes relationnels. La psychologue relève que même si la dépression de fond est contenue et stabilisée par le traitement antidépresseur, le symptôme d'irritabilité ne disparaît pas.

1.5. Psychomotricité

Face au nombre de chutes grandissant (plusieurs fois par mois), la psychomotricienne effectue une évaluation en mai 2016. L'équilibre statique d'Isabelle est correcte les yeux ouverts, mais les yeux fermés une légère rétropulsion du bassin se manifeste, sans qu'elle ne perde l'équilibre. La marche, bien qu'autonome, reste précaire notamment lors des changements de direction, où Isabelle verbalise éprouver des vertiges et une faiblesse dans les jambes. La marche est aussi asymétrique, le pas à gauche de faible amplitude. Isabelle éprouve de l'appréhension lors des résistances à la poussée. Elle dit aussi avoir souvent peur de tomber, c'est pourquoi elle utilise une canne pour se rassurer lors des déplacements. Isabelle est bien latéralisée à droite, ses coordinations dynamiques générales sont bonnes (imitation directe de gestes, mouvements croisés de l'axe, réversibilité). L'attention soutenue est satisfaisante, même si Isabelle se dit sensible à ce qui se passe dans son environnement immédiat lorsqu'elle se déplace, venant pointer des difficultés dans la mémoire de travail à sélectionner les informations pertinentes de l'environnement. Isabelle évoque aussi ses douleurs dues à l'arthrose. Le discours, de façon général, semble exprimer un vécu corporel négatif. Le test du Tinetti présente un score total de 25/28, ce qui traduit un risque peu élevé de chute. Néanmoins, l'observation clinique qui découle de l'évaluation psychomotrice tend vers un risque de chute plus significatif, essentiellement lors de la marche.

Le projet thérapeutique en psychomotricité est alors d'orienter Isabelle vers un atelier *gym-douce*, en vue de préserver ses compétences motrices et locomotrices, vivre un éprouvé corporel positif, et partager un temps privilégié avec d'autres résidents, et ajuster sa distance avec eux. Elle a intégré ce groupe la semaine suivante.

1.6. Projet de soin institutionnel

Face à la fréquence des chutes et la présence de plusieurs facteurs de risques prédisposants (troubles vestibulaires, médication, peur de la chute, etc.), le projet institutionnel pour Isabelle est de **préserver l'autonomie** le plus longtemps possible, et de **prévenir le risque de chute**.

2. La rencontre et l'intégration dans l'atelier yoga

En octobre 2016, j'arrive en tant que stagiaire-psychomotricien dans l'EHPAD. Deux mois plus tard, lorsque je mets en place l'atelier yoga, se pose la question d'intégrer Isabelle au groupe. Le nombre de chute est désormais stationnaire, mais n'a pas diminué. Je rencontre donc Isabelle après son déjeuner dans l'une des salles à manger de la résidence. Assise, elle se présente très soignée dans l'habillement et la coiffure, son nouveau déambulateur maintenu par une main auprès d'elle. Pas question d'évoquer la chute dès la première rencontre. Elle s'intéresse à ce que je fais et jusqu'à quelle date je serai dans la résidence. Je lui parle de l'atelier yoga, expliquant son intérêt pour compléter la gym-douce, pour maintenir au mieux ses capacités, mais aussi pour se détendre, apprendre à respirer. Elle est alors intéressée pour essayer, pour voir si ça lui convient. Je valide alors sa présence pour le groupe de yoga, la remercie. Lorsque je m'éloigne, je l'entends dire à sa voisine : « *il est très gentil, ce garçon !* ». Je soupçonne qu'elle l'ait dit volontairement suffisamment fort pour que je l'entende.

3. Evolution dans les séances

Au départ, pour les deux premières séances, je venais m'assurer qu'Isabelle se souvienne du lieu et de l'heure de l'atelier, en lui proposant de l'accompagner. Finalement, elle y pense systématiquement et se déplace en toute autonomie vers le lieu, arrivant à l'heure, parfois dix minutes en avance. Le trajet pour venir de sa chambre jusqu'à l'atelier est relativement long, ces deux lieux étant à l'opposé dans l'étendue de la résidence. Son départ ritualisé du vendredi pour la séance de yoga, donc, est déjà une épreuve, un défi orienté vers un but : assister à l'atelier. En un sens, la séance de psychomotricité commence dès qu'elle initie la marche pour s'y rendre. Dès le départ, Isabelle se montre motivée, investie, volontaire. Elle arrive toujours avec le sourire, saluant chacun des participants. Les observations cliniques qui suivent ont été faites sur trois mois, de février 2017 à mai 2017.

3.1. Vers un rythme structuré et structurant

Au départ, Isabelle observe beaucoup les mouvements et postures que je propose, qu'elle reproduit sur imitation directe. Son attention semble davantage tournée sur ma propre pratique que la sienne. Même dans la posture assise de référence où j'invite à fermer les yeux, son regard est labile, ne sachant se poser, encore moins se fermer. Un temps nécessaire, donc, pour intégrer les mouvements, se faire une idée de la pratique, et sentir comment celle-ci résonne dans son corps propre. Volontaire, elle explore, produit plusieurs essais, observe ce que font les participants voisins. Peu à peu, les yeux se ferment davantage, le regard se pose pendant les mouvements. Une fois certains d'entre eux intégrés, au bout d'un mois, Isabelle écoute davantage ses sensations, comme le montre son implication à verbaliser en fin de séance. Elle semble aussi trouver un équilibre dans l'attention partagée entre ma pratique et la sienne. Plus précisément, chaque asana nouvellement proposé commence par un regard en ma direction. Puis, les yeux mi-clos, dirigé vers le sol, elle se concentre davantage sur ses propres mouvements ou sa posture. Son attention fait donc des allers-retours entre ma pratique et la sienne. Guidée par ma voix, elle lève les yeux vers moi lorsque l'on change d'*asana*, se place dans la nouvelle posture, avant de détourner de nouveau le regard vers le sol, à l'écoute de son intériorité. Une rythmicité s'installe dans l'alternance de la conscience de soi et de l'autre.

Sa respiration n'est, au départ, pas toujours coordonnée au mouvement. Dès la troisième séance, cette coordination s'installe davantage, et s'harmonise totalement à l'ensemble de la pratique assise en parallèle aux autres progressions. Au début, ses mouvements sont rapides, peu contrôlés, arythmiques. Face à sa difficulté de départ à effectuer des mouvements lents, je propose de prendre le temps de sentir quand le mouvement commence, quand il change de direction, de vitesse, et quand il se termine. Au fil des séances, son mouvement est plus précis, plus lent, s'effectuant dans un rythme plus régulier. Sa respiration s'allonge, se régularise. Une régulation tonique plus fine semble prendre corps. Quelques séances plus tard, j'invite les participants à effectuer les mouvements à leur rythme propre, n'allant pas nécessairement à la même vitesse que les autres.

Dès lors, encore très attachée à l'imitation directe, il faut quelques minutes à Isabelle pour trouver son propre rythme, sans que la pratique des autres participants n'interfère avec la sienne. Il lui faut, à chaque fois, un temps d'adaptation, qui diminue néanmoins au fil des séances.

3.2. *Un renforcement de l'équilibre*

Les asanas, au départ approximatifs, deviennent de plus en plus « justes », plus précis. En particulier dans les postures impliquant une dissociation, dans lesquelles la coordination n'était pas juste, amenant une posture instable. Ou encore, dans l'enchaînement dynamique du chat (cf. Annexe N°13) dans lequel le déroulé et l'enroulement de l'axe corporel se font désormais plus lentement et progressivement. Isabelle a gagné de la souplesse, notamment de la hanche, visible dans l'enchaînement dynamique de la tête au genou (cf. dernier exemple de l'Annexe N°6), dans lequel elle parvient à rapprocher davantage le genou de la poitrine. Dans cet asana, cependant, elle garde une certaine difficulté à garder un pied ancré au sol, n'osant pas encore rapprocher son bassin du rebord de la chaise. Un gain de souplesse aussi du rachis, visible dans l'ensemble des enchaînements dynamiques engageant le tronc. Toutefois, sa limitation articulaire du coude l'empêche d'engager en toute confiance ses membres supérieurs, ce qui ne lui permet pas de gagner en souplesse dans les articulations périphériques supérieures.

Dans la pratique des asanas debout, Isabelle a aussi progressé dans sa stabilité posturale. Les tremblements des jambes ne sont plus nettement visibles, bien qu'Isabelle verbalise avoir encore la sensation de jambes faibles. Le bassin légèrement en rétropulsion au départ dans la station debout, elle arrive désormais à diminuer son amplitude par un étirement contrôlé de l'axe vertébral. En équilibre bipodal, Isabelle maintient une stature plus contrôlée, pouvant aligner la cheville, la hanche et l'épaule sur le même axe du plan sagittal. Les oscillations de l'axe ont aussi diminué dans les postures. En équilibre unipodal, la jambe d'appui au départ tremblante, est désormais plus stable. Depuis la station debout, Isabelle réussit au cours d'une séance à se mettre en chevalier-servant (cf. Annexe N°12), puis en quadrupédie. Ainsi, dans le cadre de l'*asana*, l'équilibre statique est donc renforcé. Lors des déplacements d'Isabelle, j'observe une marche plus confiante et plus rapide.

3.4. Un engagement dans les transferts

C'est avec enthousiasme et attention qu'Isabelle à chercher à sentir, explorer et comprendre les transferts. Par des questions et des commentaires dans l'interaction avec les autres participants, elle a cherché spontanément à sentir comment le corps s'organise pour s'asseoir ou se lever. Dans le cadre de ces séances, les transferts d'Isabelle ont été répétés un grand nombre de fois, dans l'attention des étapes. Une fois debout, elle se plaint toujours de vertiges, probablement causés par l'oreille interne défectueuse, et une appréhension encore présente. Je l'invite à « *faire avec* » ces sensations, lui disant que ces vertiges ne disparaîtront pas, mais qu'il est toujours possible d'en prendre conscience et se stabiliser. Dans ces circonstances, je l'invite à sentir ses appuis et sa verticalité une fois debout, avant d'engager toute locomotion.

3.5. Sentir et représenter

En parallèle, Isabelle intervient presque à chaque fin de séance, lors du temps réservé aux verbalisations. Au départ, elle critiquera fréquemment les autres dans leur pratique, se mettant en avant par rapport à eux. Elle finit par ne plus rien en dire, davantage dans l'accueil d'elle-même et de l'autre. Elle semble, donc, par cette médiation, trouver un ajustement relationnel, une place plus définie. Vis-à-vis d'elle-même, Isabelle parlera au départ de « détente », mais sans autre évocation de son corps propre, sinon de brèves allusions à des douleurs. Peu à peu, Isabelle me raconte, en privé, ses chutes récentes ou ses troubles ostéo-articulaires. Elle dira que certaines postures sont parfois difficiles à maintenir, mais que « *ça fait du bien* ». Plus tard, elle évoque ses sensations de jambes faibles et tremblantes. Elle me demande conseil sur certaines postures, notamment pour les faire avec sa tendinite au coude droit. Au fil des séances, le discours s'enrichit de sensations, toujours plus nuancées : « *J'ai remarqué l'étirement de tout mon côté droit* » ; « *J'arrive à sentir des choses que j'ai jamais senti, comme mes omoplates qui se rapprochent quand on fait ça* [elle montre un mouvement]. *On ne connaît pas suffisamment son corps !* » ; « *J'ai bien senti quand vous avez demandé de pousser le sol avec le pied, je me suis tenue beaucoup plus droite !* » ; « *j'ai senti comme une chaleur fraîche couler dans mes jambes* ». Aussi, le discours exprime un renforcement de la confiance en ses capacités : « *Je ne me croyais pas capable d'arriver jusque-là, ni de me relever !* » partage t-elle en fin de séance, après avoir été en quadrupédie au sol.

Isabelle apprend donc à écouter ses sensations, les différencier, y mettre des mots toujours plus précis. Le corps-propre est évoqué de façon plus riche et positive, venant enrichir les représentations du corps. À la fin du troisième mois d'atelier, elle me raconte en privé ses deux dernières chutes récentes, avec un certain enthousiasme. D'après elle, pour la première fois depuis plusieurs années, elle est arrivée à se relever seule. Elle n'aurait pas cru y arriver. Elle affirme être beaucoup plus en forme depuis qu'elle est dans l'atelier yoga, et me remercie.

4. Conclusion d'Isabelle

Isabelle présente alors plusieurs facteurs de risques prédisposants à la chute. Sa symptomatologie post-chute n'étant pas marquée, mais tout de même initiée, le type de prévention est donc essentiellement secondaire. En cela, l'*atelier yoga* lui correspond. Afin de se représenter au mieux l'évolution d'Isabelle, il importe de concevoir les éléments que j'ai décrit à la suite comme étant intriqués, interdépendants, interreliés. En effet, les éléments de progression émergent globalement ensemble, ou bien l'un entraînant l'autre (comme la régulation respiratoire qui entraîne la détente musculaire et un ancrage de la conscience dans le corps propre). En résumé, on retiendra une progression dans les transferts, la stabilité posturale, la marche, la régulation tonique, les capacités attentionnelles, tout en éduquant une conscience proprioceptive plus profonde, venant enrichir le schéma corporel d'un vécu plus profond du corps-propre. Un schéma corporel d'abord organisé par la pratique, puis organisateur de celle-ci, qui viendrait harmoniser davantage la structure psychocorporelle vivante d'Isabelle.

Puis, une image du corps qui tends à se nourrir d'un éprouvé corporel positif, même si elle reste encore fragile, en témoignent la crainte d'engager les membres supérieurs ainsi que la perception de jambes faibles. Cette dernière perception, semble aller de paire avec son ressenti de « chaleur fraîche coulante » dans les jambes, évoqué à la fin d'une séance. Je formule l'hypothèse d'un probable écho d'angoisse archaïque de liquéfaction. D'après Pireyre (2015), ce type d'angoisse est présent chez l'adulte tout venant, à des degrés divers et sans caractère pathologique, surtout dans les parties distales du corps. D'après l'auteur, cette angoisse est liée à la perte de la perception des limites du corps, et peu surgir à tout moment, dans des situations émotionnelles ou en relaxation.

D'après Charpentier (2014), l'expérience de chute chez la personne âgée peut amener à une perte de repères des frontières corporelles. Ainsi, la perception de faiblesse des jambes viendrait rejouer chez Isabelle l'angoisse de perdre ses limites, de se « liquéfier », se répandre au sol, se manifestant ici par cette sensation singulière de « coulant » dans les jambes. Régulièrement, j'accueille son discours préoccupé par ses jambes. Je verbalise, aussi, son tonus fortement engagé dans les jambes lors du maintien postural, afin de lui rendre compte d'une certaine stabilité qu'elle sous-estime.

Il semble donc, que l'atelier yoga vienne éduquer la conscience corporelle d'Isabelle, et offrir progressivement un enrichissement de l'image du corps. C'est un chemin vers le sensible, mais aussi vers la stabilité posturale et l'équilibre dynamique, qui s'organisent dans une rythmicité de la conscience soi-autrui, ainsi qu'une conscience de la rythmicité respiratoire. Un rythme donc, à la fois structuré et structurant, qui vient commencer à définir la place d'Isabelle par rapport à l'autre.

Par ailleurs, il faut prendre en compte que cette évolution s'est faite essentiellement entre le deuxième et troisième mois d'atelier yoga. L'aspect immédiat de ces résultats ne peut être imputable à l'atelier seul, mais davantage à une prise en soin institutionnelle globale. L'association des séances de kinésithérapie et de psychomotricité avec la *gym douce* et le *yoga* a permis très certainement cette évolution. Cet atelier était peut-être « l'atelier manquant » dans l'institution pour une prise en soin efficace.

Peut-être ce cheminement initié permettra de faire davantage le deuil de ses capacités perdues, ainsi que les deuils plus anciens qu'elle ne parvient pas à élaborer. Un cheminement vers un certain contentement de ses capacités restante demande encore à s'approfondir. Par la prise de conscience de ses capacités de l'instant, sans jugement, peut-être pourra-t-elle mieux vivre les pertes de capacités à venir.

« La voie respectueuse pour l'homme est d'accepter la personne là où elle en est, et de la mettre sur le chemin de son propre devenir par une pratique intégrée dans les lois de la vie, à son rythme, sans échéance, en lui donnant le temps de vérifier par ses essais et ses erreurs le bien-fondé de ses efforts »

Jacques Garros (2012, p.164).

Chapitre 5 : Une médiation yoga en séance individuelle : cas d'Adeline.

1. Anamnèse

1.1. Présentation

Adeline a 91 ans. Originaire du Nord, elle y vécut avec son mari et leurs trois enfants, jusqu'à son divorce dans les années soixante-dix. Elle devient ensuite directrice générale d'une société d'adhésifs à Paris. Elle fera diverses activités comme du dessin, de la gymnastique et du yoga. En 2012, elle quitte Paris pour se rapprocher de ses enfants installés sur Bordeaux. En février 2014, Adeline fait un AVC cérébelleux, entraînant des vertiges et des troubles de l'équilibre. De nombreuses chutes à domicile provoquent plusieurs traumatismes ostéo-articulaires, notamment des dysfonctions lombaires qui l'amène à des douleurs chroniques. En octobre 2014, Adeline décide de rentrer en EHPAD afin de ne pas rendre la vie de ses enfants difficile.

1.2. Éléments médicaux

La grille AGGIR évalue Adeline en *Gir3* (cf. Annexe N°1). Elle a des antécédents de malaises causés par de l'hypotension orthostatique. Une démence dégénérative de type vasculaire est diagnostiquée, ainsi qu'un syndrome post-chute quelques mois après l'entrée en EHPAD. Un scanner cérébral en janvier 2017 met en évidence une petite séquelle ischémique corticale cérébelleuse droite, ainsi que des lésions vasculo-dégénératives atrophiées la masse corticale. Un *hallux valgus* est identifié au pied droit, ainsi que des calcifications antérieures, empêchant l'appui total de la surface plantaire sur le sol. Adeline prend entre sept et dix médicaments par jour, avec notamment du Rivaroxolan (pour les troubles cardio-vasculaires), du Séroplex (antidépresseur ISRS) ainsi que de l'Alprazolam (anxiolytique benzodiazépine). Cette polymédication peut donc majorer le risque de chute.

1.3. Kinésithérapie

Adeline voit un kinésithérapeute trois fois par semaine. Celui-ci relève que les réactions pare-chutes sont dysfonctionnelles, en particulier en investissant systématiquement les membres inférieurs et supérieurs vers l'avant. Le Test Moteur Minimum (TMM) révèle une impossibilité à maintenir la station debout les yeux fermés. Le projet thérapeutique est d'améliorer l'équilibration et soulager les douleurs lombaires.

1.4. Orthophonie

Deux fois par semaine, Adeline est prise en soin par une orthophoniste. Son bilan conclue que la mémoire de travail est déficitaire, mais reste mobilisable, notamment en scindant l'information verbale par étapes. De plus, des troubles dans l'orientation temporo-spatiale et la visuo-construction sont relevés. Le projet thérapeutique en orthophonie est de maintenir les fonctions de communication et initier des stratégies de raisonnement.

1.5. Bilan et suivi psychologique

Un suivi psychologique aura lieu en 2015. Le test du MMS de cette même année donne un résultat de 19/30, et celui de 2016 de 16/30, traduisant des troubles cognitifs significatifs prenant de l'ampleur, notamment dans l'orientation spatiale et temporelle, l'attention, ainsi que dans la mémoire de travail. Adeline tente de compenser ses difficultés par des notes placées ici et là dans la chambre, ainsi qu'un planning hebdomadaire sur ardoise accrochée au mur. Néanmoins, ces outils lui sont inutiles, n'étant pas investis. L'échelle de la HADS présente un score d'anxiété de 14/21 (anxiété significative) et un score de dépression de 8/21 (non-significatif). Le questionnaire du *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI), visant à évaluer les troubles du comportements, met en évidence de l'opposition ponctuelle envers les soignants, de l'agitation et des crises anxieuses modérées, avec une tendance à déambuler dans l'établissement lors d'épisodes de désorientation. Les crises de déambulation d'Adeline se manifestent par une sortie sans but de la chambre, seule et sans aide technique, oubliant la nécessité de son déambulateur pour se déplacer. Les chutes sont ainsi fréquentes lors de ces épisodes.

Adeline verbalise au cours de son suivi psychothérapique l'échec vécu du divorce, dans une époque où le phénomène était rare. Elle dit se sentir anxieuse et désorientée, et culpabilise pour ça. Néanmoins, elle se sent soutenue par ses enfants qui prennent régulièrement de ses nouvelles et viennent la voir. D'après la psychologue, cette anxiété est accentuée par l'angoisse de mort.

1.6. Projet de soin institutionnel

Face à l'importance de la problématique de chute et de désorientation temporo-spatiale, la prise en soin institutionnelle globale vise à **préserver les capacités motrices, verbales et cognitives** le plus longtemps possible.

2. La rencontre

Lors de mon premier mois de stage, la psychomotricienne de l'établissement me suggère de rencontrer Adeline, m'informant qu'un suivi en psychomotricité pourrait s'avérer nécessaire. Mon maître de stage ne m'en dit pas plus, attendant que je me fasse ma propre idée de sa problématique.

Avec la psychomotricienne, donc, je rencontre Adeline dans sa chambre. Une femme souriante, assise dans un large fauteuil de salon, m'invite à prendre place en prenant l'un des sièges disponibles dans la pièce. Très habillée, elle est couverte d'une veste en laine par dessus son pull et d'une écharpe. Elle engage très vite la conversation, me demandant quelle est ma fonction. Bien vite, elle évoque la pénibilité de ses douleurs lombaires, ses chutes « récentes », sa volonté de s'en sortir, et aussi ses pertes de mémoire. Elle souhaite « *faire tout ce qu'il faut* » pour ne plus tomber et « *corriger la mémoire* ». Avec un langage clair, plutôt soutenu, elle semble au départ être une personne tout à fait en possession de ses fonctions cognitives. Peu à peu, je me rends compte que ce discours bien construit tourne en rond. Elle répète les mêmes choses, oubliant chaque fois me les avoir dites. Finalement, la conversation n'aboutit pas, je me dois d'intervenir. Je lui propose de planifier un bilan psychomoteur, afin de faire le point sur ses capacités.

3. L'examen psychomoteur

Ayant entendu sa plainte de chutes et de mémoire dysfonctionnelle, et après avoir considéré les évaluations déjà réalisées par d'autres professionnels, je choisis de centrer l'évaluation sur l'équilibre statique et dynamique, les représentations du corps et l'évaluation du tonus.

3.1. *Équilibre statique et dynamique*

Le test du Tinetti donne un résultat total de 12, soit un risque très élevé de chutes. Depuis une station assise stable, le buste en légère rétropulsion vers l'arrière du fauteuil, le transfert assis-debout se fait avec des tremblements, une respiration irrégulière et dans la précipitation. Adeline a de la difficulté dans le maintien de la station bipodale avec yeux ouverts, en raison de sa peur de chuter. Elle nécessite un soutien pour maintenir la posture les yeux fermés. Une rétropulsion du bassin est nettement observable, ainsi que des oscillations antéro-postérieures. Les jambes sont « cotonneuses », la posture semble s'avachir sur le côté gauche, accentuant la précarité de l'équilibre. Elle appréhende fortement les résistances à la poussées, et n'arrive pas à s'ajuster pour résister sans perdre l'équilibre. Elle verbalise sa peur de tomber dans son laborieux pivotement à 360 degrés, se plaignant également de douleurs lombaires. La marche, nécessitant un déambulateur, est asymétrique. Le pas de faible amplitude, précipité, les pieds ne se soulèvent pas complètement du sol. Le transfert debout-assis se fait difficilement, n'évaluant pas bien les distances entre elle et le fauteuil, dans lequel elle se laisse tomber de façon brutale.

3.2. *Représentations du corps*

Adeline présente une bonne connaissance des parties du corps. Le test de Bergès-Lézine montre une capacité à reproduire les gestes sur imitation « en miroir », mais n'arrive pas à maintenir la réversibilité. Il lui faut parfois du temps pour identifier sa posture, trouver la sienne. L'engagement des jambes dans la reproduction de gestes reste grossier et imprécis. Adeline a dessiné deux humains lors du dessin du bonhomme, après avoir dessiné deux canards par erreur, influencée contre son gré par une image de canard figurant sur la pochette de crayons disposé devant elle.

Cela traduit une mémoire de travail inefficace, traitant et maintenant l'information non-pertinente. Au départ, au moment de la réalisation des bonhommes, elle oublie systématiquement de fermer le bassin entre les jambes et omet aussi les pieds, se contentant de très petites jambes. Elle corrige néanmoins spontanément ces oublis à la fin. Aux vues de sa marche et sa rétroimpulsion moyenne, il est intéressant de relever que les pieds et le bassin soient ainsi désinvestis, échos d'une perte de conscience corporelle et du sentiment de limites du corps. Il semble, avec ce qui est décrit précédemment, qu'un schéma corporel *a priori* structuré (bonne somatognosie), soit en train de se désorganiser progressivement au niveau du bassin et des pieds.

À la question « *qu'est-ce qui est solide dans le corps ?* », Adeline dit qu'elle ne sait pas, car « *les os sont fragiles, se cassent facilement* ». Elle ajoute : « *quand on tombe par terre ou qu'on se cogne c'est très dur* ». De plus, elle ne parle de son corps propre qu'à travers l'expérience de chutes, de traumatismes, d'opérations chirurgicales passées. Une image du corps blessée, un corps « objet » perçu comme fragile, « cassant », sans réelle solidité. Une expérience de chute qui semble lui faire écho que le corps a du solide, bien qu'Adeline ne se le représente pas « en-corps » : c'est le sol qui est « dur », pas le corps.

3.3. Clinique du tonus

Adeline s'affaisse légèrement sur le côté gauche, aussi bien en posture assise que debout. Un axe corporel peu érigé, peu tonique, au profit d'une hypertonie rigide des bras et de la ceinture scapulaire, nettement visible par le ballant et les mobilisations passives. Néanmoins, cet axe corporel s'érige rapidement lorsque je place ma main sur le dessus de la tête, lui suggérant de la repousser. Une musculature qui fonctionne, donc, s'organisant dans une structure psychomotrice construite il y a des années, mais qui désormais n'est plus suffisamment investie. Rigidité scapulaire aussi au cours de la marche, dans laquelle Adeline « tient » sa verticalité bancale en se crispant sur le déambulateur. Une configuration tonique qui ne lui permet pas d'ajuster avec précision ses mouvements, tant la rigidité périphérique est présente, et tant l'axe corporel bancale ne sert plus aussi bien de référentiel spatial. Par ailleurs, le tonus de fond des membres inférieurs est élevé, mais elle ne semble pas y recruter suffisamment de tonus d'action lors de la marche et des transferts.

Cette hypertonie de fond des jambes semble combler un désinvestissement de la conscience corporelle, comme une stratégie visant à « tenir » en place cette partie du corps aux limites indéfinies, ou pour simplement tenter de la sentir « solide ». Puis, une hypotonie d'action aussi probablement corrélée à un autre désinvestissement, celui de la confiance en ses capacités. Adeline a donc une organisation tonique globale qui incarne la peur de la chute et ses représentations du corps morbides.

3.4. Projet thérapeutique

Avec la psychomotricienne, nous convenons d'un projet thérapeutique : Participer au soulagement de la douleur par la relaxation, favoriser un éprouver corporel positif, et maintenir les compétences motrices et locomotrices pour prévenir les chutes. En raison de ses coordinations dynamiques générales difficiles (réversibilité, imprécision), son absence de l'atelier *gym-douce* ainsi que sa difficulté trop marquée pour se déplacer, l'*atelier yoga* est inadapté pour elle. Les séances se dérouleront donc en individuel.

4. Le soin psychomoteur

4.1. Séances initiales

Aux vues des douleurs d'Adeline et de son incapacité générale à se détendre, j'ai priorisé au départ des séances de relaxation, qui visaient un ajustement tonique général, passant d'abord par l'éprouvé corporel contenant. Il s'agissait de venir lui faire signifier ses limites corporelles, et éprouver un sentiment de sécurité interne. Le concept d'enveloppe psychocorporelle est issu des travaux d'Anzieu dans *Le Moi-Peau* (1985). D'après ses travaux, le sujet construit dès les premières années de vie une enveloppe psychique qui s'étaye sur la peau organique. Elle possède les mêmes fonctions que l'épiderme, et se relie intrinsèquement à lui, formant une enveloppe psychocorporelle vivante et dynamique. Elle permet au sujet de se sentir « contenu », en sécurité, avec des limites corporelles et psychiques définies. Lors des premières séances, il s'agissait donc, avec Adeline, de restaurer cette enveloppe par le senti, permettant aussi une réappropriation du corps par la conscience, et d'aller vers l'éprouver du squelette, véritable charpente interne du corps.

Ce « profond du corps », sur lequel s'appuie l'ensemble de la musculature se présente comme une polarité avec l'enveloppe psychocorporelle. Il s'agit de restaurer un sentiment de « solidité interne », qu'Adeline semble avoir perdu par l'expérience de chute, comme évoqué dans le bilan.

Ainsi, les premières séances s'axaient sur le senti de passages de balles sur le corps ou le toucher thérapeutique pour restaurer le sentiment d'enveloppe. Puis, sur l'utilisation issue de l'eutonie de baguettes de bambou, ainsi que sur la relaxation coréenne pour venir éprouver la charpente interne. Enfin, sur des mobilisations activo-passives selon l'approche de Wintrebert, afin d'amorcer une régulation et une harmonisation du tonus.

Les rituels de début et de fin de séance consistaient à revoir les transferts par étapes, afin qu'Adeline passe de la station assise au décubitus dorsal. Ils étaient vécus avec appréhension, Adeline verbalisant à chaque fois sa peur de chuter. Difficile, à ce stade, de l'amener à éprouver et sentir chacune des étapes de transferts, trop envahie par son appréhension. Au cours des premières séances de psychomotricité, Adeline initie une progression dans la discrimination fine des sensations, arrivant peu à peu à comparer les deux hémicorps, et à utiliser un vocabulaire plus précis, varié, ne se limitant plus à la description des sensations en termes de douleurs et de traumatismes passé.

En revanche, le processus de relaxation ne s'amorçait pas durablement, résistant à tout véritable relâchement. Même après une brève harmonisation du tonus amenée par une séance, l'organisation tonique initiale s'affirmait davantage les jours suivants. L'expérience de chute continuait, venant à chaque fois l'amener à régresser dans le cheminement psychomoteur qu'elle avait effectué en séance. De plus, il était difficile pour elle de rester concentrée sur l'écoute des sensations, il me fallait donc continuellement l'inviter à se recentrer dessus. Il m'est alors apparu que tant que l'expérience de chute sera aussi forte, tant que la symptomatologie post-chute sera aussi envahissante, Adeline restera dans l'incapacité à se détendre. Elle « tient » dans son tonus, ce qui ne la tient pas suffisamment stable dans son polygone de sustentation.

J'ai alors conclu de la nécessité de réorienter les séances plus directement sur la prévention des chutes, notamment par le soin de la symptomatologie post-chute déjà fortement initiée. Ainsi, nous sommes ici davantage sur de la prévention tertiaire. Adeline a déjà fait du yoga, présente une bonne compréhension verbale et une capacité d'imitation directe exploitable, malgré sa réversibilité difficile. Une médiation yoga se présentait donc.

4.2. Le nouveau cadre

Chaque semaine, lors de mon arrivée dans la chambre pour la séance, je procède toujours par un temps d'échange, dans lequel Adeline me partage son humeur, ses préoccupations. Il arrive qu'il soit nécessaire de la réorienter dans le temps et l'espace. Après lui avoir dit que nous ferons du yoga, j'installe l'environnement de sa chambre : deux fauteuils placés l'un à proximité de l'autre, à plusieurs mètres de son grand fauteuil de salon, afin de libérer un espace central qui permettra d'effectuer des transferts et des déplacements. L'un fauteuil sera pour elle, l'autre pour moi. Puis, nous nous déchaussons et prenons place sur les fauteuils. À la fin de la séance, nous procédons à un temps de verbalisation, et de remise en ordre de l'espace. J'organise préalablement les séances de yoga (de la même façon que décrit dans le chapitre trois), si ce n'est que je prévois de l'accompagner physiquement dans les postures debout, faisant intervenir le toucher. Ce yoga sera donc personnalisé davantage, s'adaptant dans l'instantané au dialogue tonico-émotionnel, selon la singularité d'Adeline et son vécu du moment.

4.3. Evolution dans la pratique

Dès la première séance, je suis surpris de constater qu'Adeline focalise immédiatement son attention sur sa pratique. Dans les séances qui suivent, je n'aurai plus à la recentrer une fois la pratique démarrée, son attention restant ancrée dans sa pratique. Adeline coordonne très vite le mouvement à la respiration, sans doute en raison de résidus mnésiques procéduraux de sa pratique antérieure de yoga.

Au cours des séances, les *asanas* assis sont pratiqués sur imitation directe, et deviennent plus précis et plus justes. Les enchaînements dynamiques se mettent en place, les postures impliquant la dissociation sont plus spontanément justes, sauf dans l'hémicorps gauche où certains *asanas* restent imprécis, et ne semblent pas évoluer significativement.

Dès la deuxième séance par la médiation, les transferts et les *asanas* debout sont initiés. Le transfert assis-debout se fait dès le départ plus facilement dans le cadre de la pratique, en comparaison avec le cadre précédent. Régulant sa respiration, et avec une certaine détente, Adeline se lève du fauteuil, se retrouve en station bipodale, puis m'agrippe. Si à ce stade elle tremblait au départ, elle progresse chaque fois plus facilement vers une verticalité plus stable, accompagnée par ma guidance verbale et corporelle. Les tremblements cessent, les épaules se détendent davantage. Je verbalise cette détente, l'invitant à sentir sa stabilité. Sa légère inclinaison à gauche reste néanmoins visible. Peu à peu, sur suggestion verbale, Adeline parvient à corriger sa rétropulsion du bassin, même si elle a tendance à le faire en apnée.

Pour les postures debout, je l'accompagne jusqu'à l'arrière du fauteuil, où elle accroche ses mains sur le dossier. Là encore, une verticalité s'installe plus rapidement, et les postures debout se font sans difficulté. Il me faut néanmoins rester auprès d'elle pour qu'elle se sente en sécurité. Ainsi, elle ne produit les postures debout qu'avec ma guidance verbale et corporelle, sans imitation directe. Au fil des séances, nous irons jusqu'à la posture du chevalier-servant (cf. Annexe 12).

De même, les transferts debout-assis s'effectuent désormais sans risque. Au départ avec une guidance, ainsi que certaines erreurs qu'elle a su identifier elle-même, elle s'en passe désormais pour s'asseoir sans risque et ne pas se laisser crouler dans le fauteuil. Ce transfert en particulier bien effectué. Au départ exclusivement produit en séance, elle semble l'avoir pleinement intégré en le généralisant à la vie quotidienne.

Lors des temps de verbalisations, Adeline exprime régulièrement sa surprise d'arriver à faire ce qu'elle fait en séance. « *Je ne pourrai jamais faire ça toute seule sans votre présence, ça c'est sûr !* » s'exclamera t-elle le jour où elle se retrouve en chevalier-servant, dans une posture stable. Régulièrement surprise, aussi, d'arriver à se tenir droite en station bipodale sans vertige. Je lui fais souvent remarquer que je l'accompagne, mais que c'est *elle* qui pratique. Qu'elle a encore des capacités insoupçonnées, qu'elle a potentiellement la force musculaire et la souplesse nécessaire pour se mettre au sol et se relever. Elle verbalise que la peur de chuter est « *sans aucun doute* » son véritable problème. Elle me demande une fois « *comment c'est possible que ce soit si fort dans le corps* », en faisant référence à cette ténacité du tonus musculaire.

Dans la relation avec moi, quelque chose a aussi changé depuis les premières séances de yoga. Auparavant, lorsqu'elle me croisait dans la résidence en dehors du temps de séance, elle me disait simplement bonjour, et si nous échangeions, il fallait que je lui rappelle qui je suis. Elle s'est en effet toujours rappelée me connaître, mais ne resituait ni le contexte ni ma fonction exacte, me prenant souvent pour un infirmier ou un kinésithérapeute. Depuis les séances de yoga engagées, à chaque fois qu'elle me voit, son visage s'éclaircit, souriant, me demandant quand aura lieu notre prochain rendez-vous. Elle me dira à l'occasion « *Ah c'est vous ! j'ai hâte de vous voir, je suis tombée hier* », ou encore « *Je suis soulagée de vous voir, ça ne va pas fort* ». Il semble, donc, que quelque chose dans la relation ait changé, amenant une véritable liaison thérapeutique, sur laquelle elle s'étaye pour s'exprimer, verbaliser ses ressentis, et mettre du sens.

Une spectaculaire mise en sens intervient lorsqu'elle verbalise une sensation de tension générale dans la musculature : « *Je crois que si je suis tendue comme ça, ici, c'est aussi parce que quand j'étais enfant, j'ai vécu en pensionnat. Ça m'a beaucoup marquée, et je pense que vivre dans cet endroit fermé me rappelle trop de mauvaises choses vécues à cette époque* ». Plus tard, elle évoquera son sentiment d'avoir été abandonnée et livrée à elle-même, n'omettant pas de dire « *je suis né précoce, à 6 mois de grossesse* ».

Jusqu'à présent, certains aspects de l'organisation somato-psychique d'Adeline n'ont pas ou peu évolué. La souplesse n'a pas beaucoup changé, et certains asanas ne sont pas encore saisis, ne s'organisant pas correctement. Peut-être est-ce lié à son axe corporel encore fragile qui ne se serait pas encore restructuré dans le tonus, et reste donc peu investi par la conscience. Ses appuis plantaires sont également négligés, les pieds décollant parfois du sol ou s'écartant sans se stabiliser. J'observe également des cycles d'améliorations et de régressions dans la qualité de la marche, probablement reliés à l'occurrence de chutes qui vient augmenter à chaque fois de façon « aiguë » la symptomatologie post-chute, avant que la prise en soin globale ne vienne l'aider à s'en rétablir partiellement. Toutefois, au cours d'un déplacement, Adeline est moins précipitée, moins agitée, et les chutes ont diminué. Sa désorientation temporelle et spatiale, en revanche, semble s'accroître au fil des mois, en décalage avec une attention soutenue plus concentrée lors de nos séances.

5. Conclusion d'Adeline

Adeline présente de nombreux facteurs de risques prédisposants et potentiellement précipitants : troubles attentionnels, mémoire de travail dysfonctionnelle, polymédication, séquelles cérébelleuses, peur de la chute, hypotension orthostatique, etc. Elle présente une symptomatologie post-chute bien installée, mais qui ne l'empêche pas encore complètement de se déplacer. Ni trop dépendante, ni trop autonome. Un « entre-deux » difficile à vivre, source d'anxiété. Lors de ses phases « aiguës » de symptomatologie post-chute, l'équipe de soin la place une journée ou deux dans un fauteuil roulant. Elle semble alors apaisée, détendue, plus calme. Quelque chose semble « relâcher ». Ponton (2015, p. 402) dira à ce sujet que « *la chute résout la peur, aussi violente soit-elle, elle met un terme à l'anxiété* ». Un soulagement temporaire, donc, qui lui permet peut-être paradoxalement de « reprendre des forces ».

En séance individuelle, il semble que le yoga en tant que médiation, placé dans un contexte de prise en soin institutionnelle plus globale, soit pour Adeline un outil pertinent pour le soin de sa symptomatologie post-chute. L'orientation thérapeutique des premières séances a pu préparer un terreau fertile à cette médiation.

Médiation en outre efficace pour ancrer Adeline dans la conscience et l'accueil des sensations, malgré ses troubles attentionnels. Aussi, outil également pertinent pour favoriser ses transferts, et permettre une alliance thérapeutique plus fonctionnelle. Grâce à ce suivi en psychomotricité, mais aussi à la prise en soin institutionnelle plus globale, sa progression nette dans les transferts a pu se symboliser, se généraliser à l'ensemble de la vie quotidienne.

À ce stade, Adeline doit encore progresser vers la symbolisation du fait qu'elle a les capacités physiques de tenir debout, de marcher, de se mettre au sol de façon contrôlée et de se relever. Adeline ne participe pas à la *gym-douce*, ce qui peut expliquer son manque de progression dans la souplesse et l'endurance. Cependant, il apparaît essentiel de garder à l'esprit qu'avec l'âge avancé d'Adeline, sa pathologie neurodégénérative ainsi que sa symptomatologie post-chute très marquée, toute progression ne sera pas durable. Il s'agit donc davantage d'accompagner Adeline vers une prise de conscience de ses capacités, de l'aider à ressentir ses limites à la fois corporelles et motrices, et à cheminer vers soi, vers un deuil de la perte de capacités, préparant son élaboration de la question de la mort. Une prévention tertiaire, donc, qui avec le temps s'orientera vers un accompagnement palliatif, visant davantage à l'amélioration de la qualité de vie.

« La prise de conscience par le sentir n'est pas un effort, mais un accueil. Elle est immédiate, en dehors de toute pensée, de toute émotion. »

H. Peerboom, dans J. Garros (2012, p.161)

Chapitre 6. Discussion générale

1. Réflexion sur la pratique

1.1. La particularité des transferts

En milieu écologique, le sujet effectue ses transferts systématiquement dirigés vers un but. Il est mobilisé, animé, motivé par une intention d'action (aller chercher un objet, aller manger, etc.). Or souvent, les transferts sont abordés par les professionnels de la rééducation sans être orientés vers un but, c'est-à-dire dans l'intention simple d'effectuer un transfert. En psychomotricité, l'intérêt se porte davantage vers la prise en compte de la motivation, de l'intention de déplacement orienté vers un but. Avec la médiation yoga, la triangulation sujet-yoga-soignant permet d'aborder le transfert dans l'intention d'effectuer les *asanas* debout, ce qui donne un *sens* (dans l'idée de direction comme de signifiant) à ces transferts. Il ne s'agit pas d'un but dirigé vers l'extérieur, mais d'une action dirigée vers un but intérieur, de ressenti, de détente. Le sujet se lève et s'assoit *pour* pratiquer l'outil de son bien-être, qui nécessite de se mettre debout. D'une certaine façon, le travail du transfert est ainsi détourné, le psychomotricien ne l'aborde pas frontalement.

De plus, la concentration du sujet sur sa pratique permet que le transfert soit abordé en *pleine conscience*. Sur la conscience des appuis qui se modifient, accompagnés par la guidance verbale du psychomotricien, le mouvement s'organise, le centre de gravité s'ajuste de façon consciente, le sujet éprouve chaque étape du transfert. Le transfert commence et se termine toujours par une posture de référence, ici la posture de la montagne, assise ou debout. Ainsi, l'éprouvé de la verticalité permet de restructurer l'axe corporel, que le sujet conscientise comme le début et la fin du transfert. D'une verticalité à l'autre, la pleine conscience ne cesse pas, elle est continue. Le sujet éprouve sa force, ses limitations, la régulation de son tonus. En ce sens, à partir de l'*attention* portée aux sensations et de l'*intention* de déplacement, la conscience devient la véritable matrice du mouvement.

1.2. Ancrage corporel de l'attention

Pour Adeline et Isabelle, de même que les autres résidents avec qui j'ai utilisé cette médiation, la focalisation de l'attention se porte sur la respiration, la proprioception, l'acte moteur à effectuer ou la posture à maintenir, ce qui est le propre du yoga. Une participante de l'atelier dira sentir que ses épaules « *se détendent quand on descend les bras en soufflant* ». Pour qu'elle verbalise ce ressenti, son attention est nécessairement partagée entre son mouvement, sa respiration, et sa proprioception. L'attention est donc au départ focale, sélective, se concentrant exclusivement sur une modalité sensorielle ou sur une intention de mouvement. Peu à peu, elle devient beaucoup plus globale, intégrant de façon plus « périphérique » les informations sensorielles ainsi que les mouvements à effectuer. Le participant est donc à la fois dans une réceptivité passive qui accueille, et une implication active qui détermine le mouvement à effectuer, le planifie et le réalise. Le sujet entre alors dans une conscience plus « panoramique » de sa pratique, dans laquelle l'intention et l'attention se rejoignent en un tout conscient.

Ainsi, le sujet peut progressivement généraliser son attention sélective et soutenue à chacun des transferts et des déplacements dans la vie quotidienne. Pour les participants présentant des troubles attentionnels marqués, cette généralisation s'observe également. Adeline dira ainsi « *maintenant, je fais plus attention quand je me déplace.* », ce que j'ai en effet pu observer en situation écologique. Parmi les deux participants de l'atelier présentant des troubles démentiels, Anna, 89 ans, a également progressé de façon spectaculaire dans sa pratique. Malgré ses troubles importants de la mémoire immédiate, elle maintient une continuité consciente de pratique, ainsi qu'une qualité dans l'ajustement tonique et respiratoire inattendue. Dans la vie quotidienne, ses troubles n'ont pas diminué, ils ont même tendance à prendre de l'ampleur. En revanche, l'orthophoniste et moi-même avons remarqué qu'Anna est plus souriante, plus apaisée, plus ajustée dans la relation, moins déséquilibrée dans sa marche, même si la peur de chuter demeure présente. Ainsi, même si les sujets présentent des troubles de l'orientation temporo-spatiale, des troubles attentionnels et de la mémoire de travail, l'attention se focalise, s'ancre dans la pratique, du moment que leur capacité de compréhension verbale et d'imitation directe soient préservés.

1.3. Rythmicité et représentations du corps

Cet ancrage de la conscience dans les sensations vient nourrir et unifier le schéma corporel, par une sensibilité somato-viscérale plus fine qui vient signifier au sujet la place que son corps occupe dans l'espace. Le sujet prends conscience de la qualité tonique présente lors de ses mouvements, il éprouve de nouvelles postures, de nouvelles coordinations qui engagent différemment la globalité corporelle. Progressivement, il métabolise une nouvelle perception de ses capacités, mais aussi de ses limites. Se découvrant des ressources jusque-là insoupçonnées, le sujet âgé produit de nouveaux signifiants et renarcissise son corps-propre. Semblables à des pansements, les affects positifs viennent « panser » le désinvestissement libidinal du corps-propre. Ainsi, l'image du corps est également actualisée. Ce « re-penser » du corps, intrinsèquement lié à un schéma corporel ré-unifié, permet au sujet âgé de réinvestir la marche, les transferts et l'équilibre avec une plus grande confiance en soi, un plus grand sentiment d'auto-efficacité, et une conscience du corps en mouvement, lui permettant peut-être de mieux traiter l'information provenant de son environnement. La symptomatologie post-chute peut s'apaiser, et l'occurrence de chutes diminuer.

Ce travail représentatif dans la médiation se construit dans un fonctionnement rythmique. Rodriguez (2014, p.278) distingue le médiateur (ici, le yoga) du processus de médiation, qui se caractérise par « *le déploiement de l'activité représentative* » dans une triangulation sujet-médiateur-thérapeute. La rythmicité s'organise ici dans les deux. Une rythmicité d'abord dans le médiateur, par l'alternance de la détente et de la tonification, de la contraction et de l'étirement ainsi que de l'inspiration et l'expiration. La perception des contrastes est d'abord relativement binaire chez le sujet sensible, puis s'affine vers des nuances de sensations toujours plus fines et singulières. Chaque asana devient singulier. Puis, une rythmicité dans le processus de médiation, dans laquelle le sujet vient alterner son attention focalisée entre le psychomotricien et son corps propre. Entre la pratique de l'autre, et sa propre pratique. Enfin, rythmicité dans le cadre thérapeutique, où chaque séance s'effectue dans un temps et un lieu défini, répétitif. Chaque semaine, les sujets viennent éprouver leur corps par le yoga à la même heure. Une temporalité structurante, donc, venant rythmer le cheminement du sujet vers soi, vers une plus grande sensibilité, vers de nouvelles symbolisations.

2. Prévention, éducation, rééducation

Potel (2013) définit cinq axes d'interventions en psychomotricité : la prévention et l'éducation psychomotrice, la rééducation psychomotrice, la thérapie psychomotrice, les médiations thérapeutiques et les psychothérapies psychocorporelles. Nous avons déjà montré que la prévention des chutes par le yoga en psychomotricité était une médiation, dans laquelle s'opérait une activité représentative. La thérapie psychomotrice, engageant plus profondément le sujet dans sa problématique psychomotrice, psychique et relationnelle, ne peut par définition être orientée sur la prévention des chutes, car elle a pour fonction de se centrer sur le cheminement propre du sujet vis-à-vis de ce qu'il met en scène lors des séances. Quant aux psychothérapies psychocorporelles, elles renvoient à des approches bien spécifiques de psychothérapies qui demandent au psychomotricien une formation complémentaire. La psychomotricité par le yoga ne s'inscrit pas non plus dans ce domaine. Ainsi, je propose une réflexion sur la place singulière de la médiation yoga dans la prévention des chutes vis-à-vis des autres axes d'interventions.

2.1. Prévention et éducation psychomotrice

Si bien souvent les auteurs associent la prévention et l'éducation psychomotrice à l'éveil psychomoteur des bébés et la néonatalogie, c'est peut-être parce que le rôle du psychomotricien dans la prévention des chutes des personnes âgées est encore peu connu, et aussi encore en cours de définition. Ici pourtant, la médiation yoga en psychomotricité adaptée à la prévention des chutes joue à la fois un rôle *préventif* sur les trois niveaux de prévention, en fonction de comment il est adapté au sujet ; et aussi un rôle de véritable *éducation*.

Tout d'abord, une éducation aux étapes de transferts, qui ne seront peut-être pas toujours verbalisables par le sujet, ne s'en souvenant peut-être pas sur un plan déclaratif. Mais sa mémoire procédurale, non-déclarative, sera enrichie, les transferts deviendront automatiques, comme pour Adeline. Si le cortex cérébral décline avec l'âge et peut produire une désorientation et des troubles attentionnels, la mémoire procédurale est davantage impliquée dans les structures sous-thalamiques, qui peuvent rester fonctionnelles malgré des pathologies neurodégénératives avancées.

Ensuite, comme nous l'avons déjà mentionné, une éducation de la conscience corporelle. Bien souvent, les sujets n'ont jamais pris le temps, dans leur vie, d'être à l'écoute de leur corps-propre, et n'ont jamais vraiment cherché à explorer, sentir et se représenter leur corps en profondeur. En témoigne cette phrase de Catherine, résidente de 83 ans que je vois en séance individuelle : « *C'est nouveau pour moi, je n'ai jamais cherché à prendre conscience de ma respiration de toute ma vie !* ». La conscience corporelle semble s'éduquer à tout âge. Elle se structure. Même si les années viennent décliner les afférences sensorielles, le sujet peut s'éduquer corporellement à investir la sensorialité qui lui reste, l'amenant vers une *sensibilité* plus fine, afin de se sentir être-au-monde.

2.2. Rééducation et accompagnement

Pour Innocent Mutel (2015), la prévention des chutes des personnes âgées s'inscrit dans un cadre de rééducation psychomotrice. C'est surtout le cas pour des personnes du troisième âge, entre 60 et 80 ans, qui n'auraient pas de pathologies lourdes et qui auraient encore plusieurs années de vie devant eux. Pour ces personnes relativement « jeunes » une rééducation pluridisciplinaire de l'équilibre et de la marche s'avère non seulement pertinente, mais également nécessaire pour la qualité de vie du sujet. Dans ce cadre rééducatif, les objectifs à atteindre sont précis et l'efficacité de la prise en soin se fera sur les résultats obtenus au bout d'un temps donné. Cependant, pour des résidents en EHPAD, la plupart d'entre eux sont âgés de plus de 80 ans, et la majorité a même au-delà de 90 ans. Ces personnes institutionnalisées sont, par définition, aux prises avec une perte d'autonomie, qui s'accroît de mois en mois. En psychomotricité, l'intérêt thérapeutique en EHPAD ne se porte pas tant sur la rééducation de troubles, qui de toute façon viendront rapidement s'aggraver. L'intérêt se porte davantage sur la stimulation et le *maintien* des capacités, en vue de préserver l'autonomie et la qualité de vie le plus longtemps possible.

Il s'agit davantage d'*accompagnement*, s'adaptant à la singularité du sujet, que dans un objectif de le voir progresser à tout prix, ce qui serait de toute façon source de frustration pour le professionnel.

Ainsi, avec Isabelle et Adeline, une progression notamment dans les transferts est manifeste en quelques mois. Cette amélioration vient retarder le retentissement des chutes dans la vie de ces sujets, mais elle reste provisoire. Avec elles, le projet reste bien de maintenir les capacités restantes, de les stimuler, d'aller vers une symbolisation. Cela passe par une éducation de la conscience corporelle, que le degré d'autonomie ne limite pas.

3. Limites

Bien que singulière, et s'insérant bien dans le cadre de la prévention des chutes institutionnelle, la médiation yoga possède néanmoins certaines limites. Tout d'abord, comme tout médiateur, le yoga ne peut pas convenir à tous le monde. Le sujet âgé chuteur peut ne tout simplement pas adhérer à la terminologie « yoga », qui peut renvoyer à des représentations erronées de cette pratique. C'est le cas d'une résidente à qui je mentionnais l'*atelier yoga*, qui me dit alors « *Vous savez, moi, ces techniques de l'hindouisme c'est pas mon truc, je suis cartésienne !* ». Donc, à nous peut-être de bien expliquer l'intérêt à la fois thérapeutique et scientifique de ce type de pratique, afin de déconstruire certaines idées préconçues. Une autre résidente, dont le tableau clinique est proche de celui du syndrome de désadaptation psychomotrice, se braqua lorsqu'elle se rendit compte qu'elle n'arrivait pas à coordonner le mouvement à sa respiration : « *c'est impossible votre truc !* ». Suite à quoi, elle refusa de continuer avec ce type d'approche.

Ensuite, si le yoga permet de nourrir les représentations du corps, il ne les aborde pas dans leur multidimensionnalité. Par exemple, il ne permet pas d'aborder l'enveloppe psychocorporelle de façon efficace. Bien que le sentiment de limites corporelles puisse être amené chez le sujet chuteur par la pratique du yoga, l'enveloppe psychocorporelle se nourrit aussi d'un vécu de contenance somato-psychique. De même, le vécu du « solide » dans le corps, passant par le senti de la charpente osseuse, n'est pas suffisamment accessible par le yoga. Comme avec Adeline, il convient d'élargir le travail psychomoteur par d'autres types de séances.

De plus, comme tout les outils de prévention des chutes qui sont mentionnés dans le chapitre deux, la médiation yoga n'englobe pas la totalité de la problématique de chute, car elle n'agit pas sur l'ensemble des facteurs de risques à elle seule. En revanche, elle semble englober davantage la symptomatologie post-chute. Ainsi, cette médiation ne sera pertinente en prévention des chutes que si elle est accompagnée d'une intervention institutionnelle globale.

Une autre limite concerne le vieillissement pathologique. Comme la condition minimum d'utilisation de cette médiation est la capacité d'imitation directe et la compréhension verbale, les sujets présentant des troubles cognitifs trop sévères ne peuvent participer. Afin de prévenir leurs chutes, il est alors nécessaire avec ce type de population de trouver d'autres médiateurs, tels que l'argile, le toucher thérapeutique, la marche thérapeutique, etc.

Conclusion

Le yoga en tant que médiation permet donc à la personnes âgée chuteuse de réinvestir son corps-propre, à la fois d'une plus fine conscience corporelle, mais aussi d'une revalorisation de ses capacités. Un renouvellement progressif des représentations du corps, qui vient faciliter la réadaptation du sujet à l'environnement. Une éducation à la conscience corporelle, qui vient nourrir la dynamique identitaire renouvelée en permanence, à une heure où les préoccupations de la mort s'animent. Une médiation qui aborde les transferts d'une façon originale.

Une médiation qui s'inscrit dans un soin institutionnel global, engageant tous les acteurs de la santé et du social. Le yoga vient signer la spécificité du psychomotricien, qui consiste avant tout à *être* engagé corporellement avec le sujet, dans le processus de médiation thérapeutique. Puis, dans la rencontre avec un être psychocorporel singulier, adapter le médiateur afin que le processus de médiation s'incarne. Spécificité aussi de la psychomotricité qui est d'apporter à une équipe pluridisciplinaire un regard singulier de l'organisation somato-psychique de l'être humain. Se situant à la rencontre des neurosciences et des approches psychodynamiques, le regard psychomoteur est éminemment *intégratif*. Particulièrement en EHPAD, où les sujets sont aux prises avec des problématiques à la fois neurologiques, cognitives, psychopathologiques et psychiques, la psychomotricité se veut comme le *corps-calleux* des neurosciences et de la psychanalyse. Un regard singulier également porté par l'expérience psychocorporelle du psychomotricien, sa propre structuration de l'être, qui vient étayer la structuration du sujet.

Dans un contexte sociétal où la question des chutes n'est qu'un des nombreux enjeux du grand âge, le défi des acteurs de santé reste d'améliorer la qualité de vie des aînés face à l'allongement de l'espérance de vie et du temps vécu avec des incapacités. Dans ce contexte, le yoga utilisé en psychomotricité peut venir rompre, dans les institutions, avec le « tout médical » des soins. Par son aspect à la fois ludique, tourné vers le développement personnel, et engageant une autre façon de vivre le corps-propre, le yoga recentre le bien-être du sujet au cœur des préoccupations. La société, donc, peut elle aussi dans ses représentations collectives passer du *corps-objet* au *corps-sujet*.

Références bibliographiques

- Albaret, J.M., Aubert, E. & Sallagoïty, I. (2001). *Évaluation psychomotrice du sujet âgé*. dans Albaret, J.M. & Aubert, E. (Ed.) *Vieillesse et Psychomotricité*. Paris : De Boeck. pp. 155-180.
- Aquino, J.P. (2009). *Prévention en gérontologie et plan national Bien-vieillir*, dans Bourdillon F. (2009), *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine Sciences.
- Aubert, E. & Albaret, J.M. (2001). *Aspects psychomoteurs du vieillissement normal*. dans Albaret, J.M. & Aubert, E. (Ed.) *Vieillesse et Psychomotricité*. Paris : De Boeck. pp.15-43.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Barbour, K.E., Stevens, J.A., Helmick, C.G., Luo, Y.H., Murphy, L.B., Hootman, J.M., Theis, K., Anderson, L.A., Baker, N.A. & Sugerman, D.E. (2014). *Falls and fall injuries among adults with arthritis*. CDC. 63 (17), pp.379-383.
- Baste, N. (2016). *Méthodes de relaxation en 37 notions*. Malakoff : Dunod.
- Blain, H., Guerdoux, E., Fernandez, M. & Blain, A. (2009). *L'inhibition psychomotrice du sujet âgé : proposition d'un nouveau cadre syndromique*. NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie. 50 (9), pp. 85-94.
- Blair, A., Hazelwood, K. (2010). *Hypoglycemia, diabetes and increased risk of falls*. Australian Nursing Journal. 17(9), p.35.
- Bourdessol, H. & Pin, S. (2006). *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Éditions INPES.
- Brown, K.D., Koziol, J.A. & Lotz, M. (2008). *A yoga-based exercise program to reduce the risk of falls in seniors: a pilot and feasibility study*. Journal of alternative and complementary medicine. 14 (5), pp.454-457.
- Campbell, A.J., Borrie, M.J. & Spears, G.F. (1989). *Risk factors for falls in a community based prospective study of people 70 years and older*. Journal of Gerontology. 44(4), pp.112-117.
- Cassou, B. (2008). *Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées*. Gérontologie et société, vol. 125, pp.11-22.
- Charpentier, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris : De Boeck.

- Choque, J. & Bruno, I. (2017). *Le yoga facile pour les enfants*. Paris :Hachette.
- Coudron, L. (2010). *La yoga-thérapie*. Paris : Odile-Jacob.
- Cress, M.D., Buchner, M.D., Esselman, P.C., Margherita, A.J., De Lateur, B.J., Campbell, A.J., & Wagner, E.H. (1996). Factors associated with changes in gait speed in older adults. *Journal of Gerontology*, 51A, 6, pp. 297-302.
- Dargent-Molina, P., & Bréart, G. (1995). *Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées*. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43 (1), pp.72-83.
- Desikachar, K. (2007). *Le yoga du yogi : l'héritage de T. Krishnamacharya*. Agamat : collection Itinéraires.
- DiBenedetto, M., Innes, K., Taylor, A., Rodeheaver, P., Boxer, J., Wright, J. & Kerrigan, C. (2005). *Effect of a gentle Iyengar Yoga program on gait in the elderly: an exploratory study*. *Physical Medicine and Rehabilitation*. 86 (9), pp. 1830-1837.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.
- Dormia, C., Feve, S. (2014). *Psychomotricité auprès de la personne âgées. Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien*. Paris : ERA.
- Duncan, P.W., Weiner, D.K., Chandler, J. & Stundenski, S. (1990). Functional Reach : a new clinical measure of balance. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*. 45, pp.192-197.
- Étienne, A.M. & Dupuis, G.(2012). *Adaptation et bien-être*. dans Tarquinio, C. & Spitz, E. (2012), *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles : De Boeck. pp.355-373.
- Fasano, A. Plotnik, M., Bove, F. & Berardelli, A. (2012). The neurobiology of falls. *Neurological Sciences*. 33, pp.1215-1223.
- Feder, G., Cryer, C., Donovan, S. & Carter, Y. (2000). *Guidelines for the prevention of falls in people over 65*. *British Medical Journal*, 321,7267, pp.1007-1011.
- Fischer, G.N. & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris : Dunod.
- Frey, S. & Michael, T. (1974). *Hatha-yoga pradîpikā : Un traité de hatha yoga*. Paris : Fayard.

- Gangavati, A., Hajjar, I., Quach, L., Jones, R.N., Kiely, D.K., Gagnon, P. & Lipsitz, L.A. (2011). *Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study*. Journal of American Geriatric Society. 59(5), p. 960.
- Garros, J. (2012). *Corporellement*. Cepaduès. Éditions du midi.
- Garros, J. (2014). *Psychomotricité. La conscience d'être un corps ou la non-séparabilité des contraires*. Cepaduès. Éditions du midi.
- Gaxatte, C., Nguyen, T., Chourabi, F., Salleron, J., Pardessus, V., & Delabriere, I. (2011). *Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54(4), pp. 248-258.
- Gilles, R., Pradat-Diehl, P. & Farnè, A. (2010). *Les représentations du corps : de l'analyse comportementale à la rééducation*. Revue de neuropsychologie. 3/2010 (Vol.2).pp.179-180.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S.,Clemson, L.M. & Lam, S.E. (2012). *Interventions of preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9.
- Hervy, B. (2008). *Le vieillissement des rôles sociaux*. Vie sociale et traitements, vol. 99, pp. 34-40.
- Hoeltzel, S., Mahuzier, A. & Yvonnet, K. (1997). *Le bilan géro-psycomoteur : la situation de test et ses limites*. Évolutions psychomotrices, 9, 35, pp. 3-8.
- Innocent-Mutel, D. (2015). *La prévention de la chute chez la personne âgée*, dans Albaret, J. M., Giromini, F. & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3.Clinique et thérapeutiques*. Paris : De Boeck. pp. 387-401.
- Iyengar, B.K.S. (1976). *Light on yoga*. London :George Allen &Unwin.
- Iyengar, B.K.S. (1993). *Lumière sur les Yoga Sutra de Patañjali*. Paris: Buchet/Chastel.
- Iyengar, B.K.S. (2009). *Sagesse et pratique du yoga*. Paris : Le Courrier du Livre.
- Jossot, C. & Sebbane, G. (1996). *Le bilan psychomoteur en gériologie : analyse des résultats auprès de 180 patients hospitalisés*. Évolutions Psychomotrices, 8, 32, pp.94-101.

- Lachman, M.E., Howeland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S. & Peterson, E.W. (1998). *Fear of falling and activity restriction : the survey of activities and fear of falling in elderly (SAFE)*. Journal of Gerontology : Psychological Sciences. 53B, 1, pp.43-50.
- Lacombe, J. (2014). *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans. Approche théorique et activités corporelles*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Lord, S.R., Menz, H.B. & Sherrington, C. (2006). *Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications*. Age and Ageing. 35(2), pp.55-59.
- Maki, B.E. (1997). *Gait changes in older adults : predictors of falls or indicators of fears ?*. Journal of American Geriatrics Society. 45, pp.313-320.
- Manckoundia, P., Mourey, F., Tavernier-Vidal, B., & Pfitzenmeyer, P. (2007). *Syndrome de désadaptation psychomotrice*. La revue de médecine interne, 28(2), pp.79-85.
- Mathias, S., Nayak, U.S. & Isaak, B. (1986). *Balance in elderly patients : the « Get-up and Go » Test*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 67, pp.387-389.
- Michel, S., Soppelsa, R & Albaret, J.M. (2011). *Examen Géronto-Psychomoteur. Manuel d'application*. Éditions Hogrefe France.
- Modange, L. & Chaumont, V. (2001). *La chute du sujet âgé : approche psychologique et pratique psychomotrice*. dans Albaret, J.M. & Aubert, E. (Ed.) *Vieillesse et Psychomotricité*. Paris : De Boeck. pp.219-230.
- Morency, C.(2016). *La méthode du yoga sur chaise*. Paris : Médicis.
- Pireyre, E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. Paris : Dunod.
- Ponton, G. (2015). *L'accompagnement du chuteur âgé en psychomotricité : de la chute au relever*. dans Albaret, J. M., Giromini, F. & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3.Clinique et thérapeutiques*. Paris : De Boeck. pp.401-404.
- Potel, C. (2013). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Eres.
- Prizer, L.P., Smith, L.M., Housman, J. & Ory, M.G. (2014). *Depressive symptomology management and falls among middle aged and older adults*. Ageing and Mental Health. 20(1), pp.13-21
- Räisänen, P. (2013). *Ashtanga yoga traditionnel*. Paris : Almorá.

- Robert-Ouvray, S. & Servant-Laval, A. (2011). *Le tonus et la tonicité*. dans Scialom, P., Giromini, F. & Albaret, J.M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris:De Boeck.
- Rodriguez, M. (2014). *La médiation : un processus thérapeutique*. dans Boutinaud, J., Joly, F., Moyano, O. & Rodriguez, M. (2014). *Où en est la psychomotricité ? Pour une approche psychodynamique*. Paris : In Press.
- Tavernier-Vidal, B. & Mourey, F. (1991). *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé*. Paris : Frison-Roche.
- Tinetti, M.E. (1986). Performed oriented assessment of mobility problems in the elderly. *Journal of American Geriatrics Society*. 36, pp.613-616.
- Wang, Y.C., Lin, F.G., Yu, C.P., Tzeng, Y.M., Liang, C.K., Chang, Y.W., Chou, C.C., Chien, W.C., & Kao, S. (2012). *Depression as a predictor of falls amongst institutionalized elders*.
- Welford, A.T. (1985). Changes of performance with age : an overview. in Charness, N.(Ed), *Aging and Human Performance*. New York : Wiley & Sons. pp.333-369.
- Woollacott, M.H. (1989). *Aging, posture control and movement preparation*. in M.H. Woollacott & Shumway-Cook (Eds.), *Development of posture and gait across the lifespan*. Columbia, SC : University of South Carolina Press. pp. 155-175.
- Youkhana, S., Dean, C.M., Wolff, M., Sherrington, C. & Tiedemann A. (2016). *Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: a systematic review and meta-analysis*. *Age and Ageing*. 45 (1), pp. 21-29.
- Zettergren, K.K., Lubeski, J.M. & Viverito, J.M. (2011). *Effects of a yoga program on postural control, mobility, and gait speed in community-living older adults: a pilot study*. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 34 (2), pp.88-94.
- Zia, A., Kamaruzzamann, S.B. & Tan, M.P. (2014). *Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk*. *Postgraduate Medicine*. 167(3), pp.330-337.

ANNEXES

Annexe N°1. Caractéristiques des groupes iso-ressources définies par la grille AGGIR.

Groupe iso-ressources	Caractéristiques
Gir 1	Personnes confinées au lit ou en fauteuil et dont es fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants.
Gir 2	Personnes confinées au lit ou en fauteuil et dont es fonctions intellectuelles ne sont entièrement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie quotidienne.
Gir 3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se coucher, se lever et se laver.
Gir 4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillement.
Gir 5	Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aide ponctuelle pour la toilette, la préparation du repas et l'entretien du logement.
Gir 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne.

Annexe N°2. Modèle de Fasano & al. (2012), traduit en français par Innocent Mutel (2015)



Annexe N°3. Se relever du sol en cinq étapes après une chute, par Ponton (2015)

AIDER LE RELEVER DU SOL en 5 étapes



Annexe N°4. Objectifs thérapeutiques de l'atelier yoga

- **Améliorer l'équilibre statique et dynamique.**
 - Prendre l'axe corporel comme référent postural et dynamique.
 - Renforcer et étirer la musculature des membres inférieurs.
 - Assouplir l'ensemble de la structure ostéo-articulaire.

- **Éveiller la sensorialité.**
 - Prendre conscience des appuis lors de postures et d'enchaînements dynamiques.
 - Favoriser la proprioception dans la respiration et la motricité.
 - Éduquer une conscience intériorisée du corps par l'activité motrice et la relaxation.

- **Stimuler les ressources attentionnelles et exécutives.**
 - L'attention soutenue par le trépied respiration-propriocception-mouvement.
 - L'attention sélective par la conscience focalisée sur certaines parties du corps.
 - La mémoire de travail par l'analyse et l'application des inductions verbales.

- **Faciliter les transferts.**
 - Prendre conscience de sa posture dans l'espace.
 - Observer sa relation immédiate avec l'environnement.
 - Intégrer les étapes dynamiques nécessaires au lever et à l'assise.

- **Diminuer la peur de la chute.**
 - Amener une verbalisation des ressentis et de l'appréhension lors des transferts.
 - Partager des conseils pratiques notamment pour le relever du sol.
 - Favoriser des prises de risques contrôlées et sécurisées.

- **Promouvoir un éprouvé corporel positif.**
 - Cheminer dans une relaxation progressive.
 - Faire émerger un sentiment de vitalité, de plaisir et de détente.
 - Vivre une expérience de groupe positive.

Annexe N°5. Posture de la montagne assis



- *Placez toute la surface des pieds en contact avec le sol.*
- *Les pieds écartés à la largeur du bassin.*
- *Déposez vos mains sur les cuisses.*
- *Imaginez que vous enfoncez le bassin dans la chaise, et que vous repoussez le plafond avec le sommet de la tête.*
- *Le visage, les bras et les épaules restent détendus.*
- *Le regard fixe un point devant vous, au sol ou au mur.*
- *Prenez conscience de votre respiration.*

Annexe N°6. Quatre exemples d'enchaînements dynamiques assis



- *Placez vos doigts sur les épaules.*
- *Inspirez, montez les coudes vers l'avant.*
- *Expirez, descendez les coudes vers l'arrière.*
- *Continuez à faire des cercles avec vos coudes à l'amplitude et au rythme qui vous correspond.*
- *Puis, dans l'autre sens.*



- *Inspirez, levez les bras.*
- *Expirez, descendez les bras comme si vous repoussiez l'air avec vos mains.*
- *Chacun à son rythme, bien dans sa respiration.*

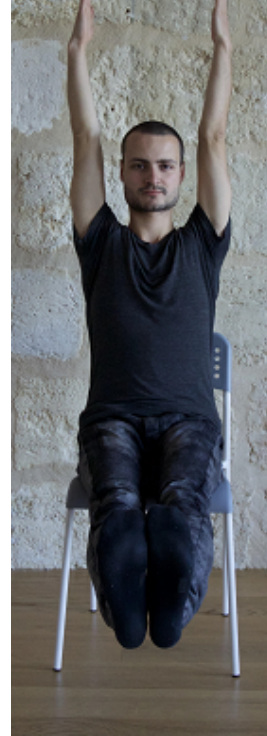


- *Inspirez, étirez le dos vers l'avant, creusez légèrement le dos, regardez vers le mur.*
- *Expirez, reculez le dos et arrondissez-le, ramenez le menton près de la poitrine.*



- *Inspirez, éloignez la tête du genou, étirez le dos, regardez vers le plafond.*
- *Expirez, rapprochez le genou de la poitrine, et ramenez la tête vers le genou.*

Annexe N°7. Trois exemples de postures assises.



Annexe N°8. Exemples de postures assises en torsion



Annexe N°9. Posture de la montagne debout



- *Joignez les pieds, ou placez-les le plus rapproché possible.*
- *Imaginez que vous repoussez le sol avec vos pieds, et que vous soulevez le plafond avec le sommet de la tête.*
- *Placez les épaules légèrement en arrière, les omoplates rapprochées l'une de l'autre.*

Annexe N°10. Trois exemples de postures debout.



Annexe 11. Exemple de posture relaxante : posture de la tortue



1°) Placez les mains sur les genoux. Inspirez, étirez le dos vers l'avant en regardant vers le plafond. Expirez, descendez le dos droit en essayant de venir poser votre buste sur vos cuisses. Laisser les mains descendre en direction du sol.

2°) Détendez le ventre, les épaules, relâchez la tête, déserez la mâchoire. Respirez bien profondément. Sentez le ventre venir masser vos hanches, et votre dos de l'intérieur. Sur chaque expiration, détendez un peu plus le dos et la nuque.

3°) Placez les mains de nouveau sur les genoux. En inspirant, déroulez lentement le dos, vertèbre après vertèbre, en terminant par le redressement de la tête.

Annexe N°12. Position du Chevalier Servant



Annexe N°13. Enchaînement dynamique du chat.

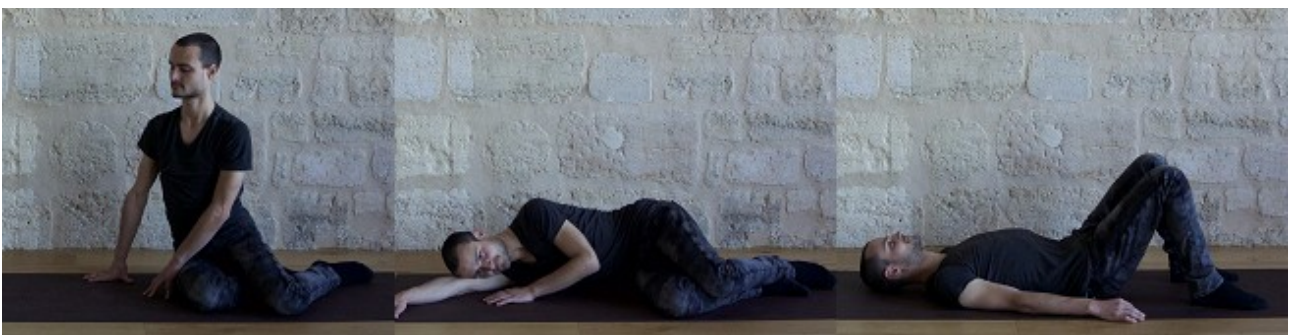


1°) Placez les mains écartés à la largeur des épaules, et les genoux écartés à la largeur du bassin.

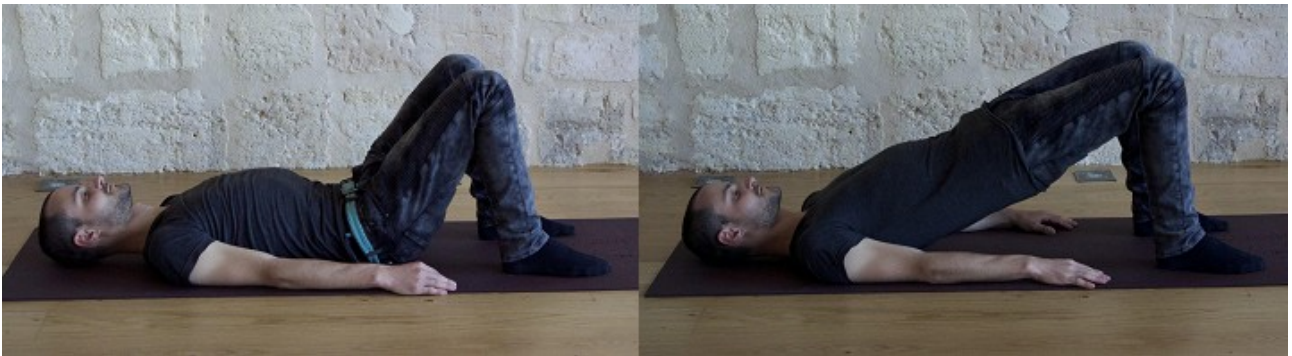
2°) Inspirez, creusez légèrement le dos et regardez en avant, en allant un peu vers l'arrière.

2°) Expirez, enrroulez le dos et rapprochez le menton de la poitrine, en allant un peu vers l'avant.

Annexe N°14. Aller vers le sol.



Annexe N°15. Enchaînement dynamique du pont.



1°) Inspirez, soulevez le bassin et décollez le dos vertèbre après vertèbre.

2°) Expirez, déroulez le dos dans le sol, vertèbre après vertèbre, en finissant par le bassin.

Annexe N°15. Posture relaxante au sol



