La prévention des chutes avec les personnes âgées en EHPAD. Une médiation psychomotrice basée sur le Qi gong

Damien Robin

▶ **To cite this version:**

Damien Robin. La prévention des chutes avec les personnes âgées en EHPAD. Une médiation psychomotrice basée sur le Qi gong. Psychologie. 2018. dumas-01838790

HAL Id: dumas-01838790

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838790

Submitted on 13 Jul 2018

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'Etat de Psychomotricien

La prévention des chutes avec les personnes âgées en EHPAD

Une médiation psychomotrice basée sur le Qi gong

ROBIN Damien

Né le 10 Décembre 1984 à Gien (45)

Sous la direction de François Lacombe

Mai 2018

Remerciements

Mes remerciements à mes parents pour leur amour et un soutien indéfectible, sans qui mon parcours n'aurait pas été possible.

À François Lacombe, mon directeur de mémoire, pour ses conseils avisés.

À Adeline Massé pour sa confiance et son accompagnement lors de mon stage.

Je remercie également mes professeurs de Taichi, Qi gong, Wing Chun, Méditation, de Tuina et d'approche de la théorie énergétique chinoise. Arnaud, Yann, Sebastien Armand, Michel, Olivier, Sylvie.

Également tous mes amis ayant participé de près ou de loin à ce projet par leur aide, leur apports et les partages : Guillaume, Christian, Orane, Adrien.

Je n'oublie pas les participants aux ateliers d'initiation au taichi de la fac pour leur confiance. Ils m'ont donné en premier lieu les bases de mon futur mémoire.

J'adresse également mes pensées chaleureuses aux participants de la médiation qi gong à l'EHPAD pour ce vécu partagé.

Sommaire

Introduction.....4

I. Personnes âgées et prévention des chutes.....6

1.1 Le vieillissement normal et pathologique.....7

1.2 La notion de chute.....11

1.3 Étiologie des chutes chez la personne âgée. 13

1.4 Les conséquences liées à la chute.....17

II. La prévention des chutes en psychomotricité.....25

2.1. Notion de prévention primaire et secondaire.....25

2.2 Cadre de l'évaluation.....26

2.3 Prise en charge en psychomotricité.....32

2.4 La médiation en psychomotricité.....36

III. Le Qi gong comme médiation psychomotrice.....38

3.1 Présentation et définition du Qi gong.....38

3.2 Représentation du corps dans le Taoïsme.....39

3.4 Histoire du Qi gong.....41

3.5 Diversité des pratiques associées au Qi gong.....45

3.6 Adaptation du Qi gong à la psychomotricité.....47

IV. Un atelier Qi gong en EHPAD.....50

4.1 L'institution.....50

4.2 Mise en place de l'atelier Qi gong.....52

4.3 Déroulement des séances et objectifs.....56

4.4 Participation de Dominique à la médiation Qi gong.....68

V. Discussion générale.....75

5.1 Limites de la médiation.....75

5.2 Réflexions soulevées par la médiation.....76

Conclusion.....79

Bibliographie.....81

Annexes.....87

Annexe 1.....88

Annexe 2.....89

Annexe 3.....90

Annexe 4.....98

Table des matières.....99

Introduction

Dans une tendance actuelle à l'allongement de la durée de vie et à l'arrivée des baby-boomers à la retraite (Aquino, 2008), la question du « bien vieillir » est devenu un enjeu sociétal il y a dix ans avec un plan national de 2007 à 2009. Celui-ci participait à inscrire la France dans les directives Européennes du « Healthy Ageing » EU Project de 2004-2007.
Ces actions se sont poursuivies en 2015 par un plan national de « prévention de la perte d'autonomie ». Le docteur Jean Pierre Aquino, président du premier plan, a ainsi nourri le second par l'écriture de son rapport en 2013 « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société ».

Dans un article de 2008, le docteur Aquino soulignait déjà l'importance fondamentale de l'aspect préventif dans la politique gérontologique (Aquino, 2008). Il pose ainsi la question d'un manque de prestige de l'intervention préventive en France à cette époque en comparaison des approches curatives.

La prévention souligne dès la mise en place du plan « bien vieillir » une « optimisation des programmes d'exercices physiques visant à prévenir les chutes chez les personnes âgées. » (Inserm, 2015). Quelque peu interpellés par l'idée d'un programme d'exercices physiques, nos questionnements se sont ainsi orientés vers la place que la psychomotricité peut prendre dans cette prévention des chutes.

En effet, dès 2001, l'ouvrage de Jean-Michel Albaret et Eric Aubert aborde le sujet du vieillissement et de la psychomotricité. Dans sa préface, le docteur Michel Rumeau souligne deux éléments pouvant mener à aggraver le vieillissement et entraîner une perte d'autonomie. Le premier concerne le changement des rythmes de la personne âgée qui peuvent ne pas être respectés et s'accompagner d'une perte de conscience du corps. Le second élément s'avère être la chute (Albaret & Aubert, 2001). C'est dans cette optique que nous découvrons dans les premiers temps une utilisation du Qi gong et du Tai chi chuan dans une approche psychomotrice de prévention des chutes.

Des recherches ultérieures renouvellent nos interrogations concernant la mise à profit de nos connaissances en arts martiaux chinois dans le cadre de la prévention des chutes. Dès 1997, Gorgy l'aborde dans un article. Bien plus récemment, Michel Personne et Manuel Cerioli (2014) proposent l'utilisation du Tai chi chuan comme pratique psychomotrice dans le cadre d'une prévention du vieillissement.

Cette intégration des pratiques extrêmes-orientales en psychomotricité est, comme nous le verrons, en lien avec l'utilisation de médiations psychocorporelles. Par ces termes nous nous référons à des approches perçues comme des *techniques du corps*, selon l'expression de Marcel Mauss, et pratiquées à des fins thérapeutiques (Chenault, 2008). Cela regroupe ainsi de nombreuses pratiques : Les différentes formes de méditation, présentes en Inde et dans toute l'Asie ; le Yoga, qui trouve ses origines en Inde (Ruvira, 2017), les arts martiaux chinois et japonais tels que le Kung fu Chinois, l'Aïkido et le Judo Japonais, et enfin le Taichi chuan (Despeux, 1974) et du Qi gong, venus de Chine.

Notre problématique a donc émergé de la mise en de la prévention des chutes en psychomotricité et de notre pratique du Qi gong, un sujet encore peu exploré dans la littérature psychomotrice. Nous avons donc porté notre réflexion sur l'intérêt de l'utilisation du Qi gong comme médiation psychomotrice dans le cadre de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à définir plus précisément la population des personnes âgées. Nous aborderons ensuite le vieillissement « normal » et « pathologique ». Cela nous permettra d'appréhender l'étiologie des chutes et leur conséquences.
Dans une seconde partie, nous nous intéresserons à la prévention des chutes en psychomotricité en explorant plusieurs éléments : L'approche préventive, les aspects de l'évaluation et une revue des approches existantes en psychomotricité.
Notre troisième partie nous amènera à présenter le Qi gong et en souligner les éléments pertinents pour son utilisation comme médiation psychomotrice.
Enfin, nous développerons une partie clinique concernant la mise en place d'une médiation qi gong durant notre stage annuel en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

I. Personnes âgées et prévention des chutes.

L'allongement de la durée de vie est considérable en France depuis le siècle dernier. Ainsi, les français ont gagné 30 ans d'espérance de vie à la naissance (inserm, 2015). Actuellement, elle s'élève à 78,5 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes (inserm, 2015). De nombreux termes sont employés lorsque l'on parle des populations les plus âgées : « personnes âgées », « seniors » ou « aînés » (Ruvira, 2017). Pour notre mémoire, nous retenons le critère d'âge de 65 ans.

Mais le fait de vivre plus longtemps est associé à la notion de la qualité de vie durant ces années, ainsi que sa préservation. Toutes les personnes ne sont pas égales devant la vieillesse. Le public est donc hétérogène. On trouve ainsi des personnes en bonne santé dites « vigoureuses », des personnes souffrant de maladies et enfin d'autres qualifiées de fragiles (Inserm, 2015). Ainsi, à 65 ans, c'est 15 à 20 % des personnes âgées qui seraient considérés comme fragiles. Pour les plus de 85 ans, cela concerne 25 % à 85 % des personnes âgées (Inserm, 2015).
Les personnes fragiles sont sujettes à un risque accru d'événements péjoratifs, dont les chutes. Ces dernières touchent chaque années un tiers des plus de 65 ans et augmente à la moitié des plus de 85 ans (Innocent Mutel, 2015). Dans ce cadre, la prévention des chutes chez les personnes âgées apparaît essentielle.

Nous définirons dans un premier temps les différents aspects du vieillissement « normal » et pathologique pour rappeler leur influence sur la fragilité du sujet. Dans une second partie, nous définirons les chutes en abordant plus précisément l'étiologie de ces dernières, ainsi que leur conséquences.

1.1 Le vieillissement normal et pathologique.

1.1.1 Le vieillissement normal.

Pour la personne âgée, on parle de vieillissement ou de sénescence. C'est un processus physiologique normal qui correspond à l'affaiblissement des capacités physiques et psychiques du fait de l'âge. Bien qu'elle puisse être variable suivant les personnes, il y a une corrélation entre l'âge et des faits objectifs : une baisse progressive des performances physiques et une dégradation des capacités cognitives et mnésiques. (Laffont, 2014)

1.1.1.1 Aspects somatiques.

Sur le plan somatique, on observe des changements au niveau osseux, musculaire, articulaire et du système sensoriel (Albart et Aubert, 2001).
Globalement, au niveau osseux, il y a une baisse de la résistance du squelette qui peut entraîner l'apparition de pathologies comme l'ostéoporose. Les articulations perdent en mobilité, en amplitude de mouvement et deviennent douloureuses. Les muscles s'atrophient et deviennent plus fatigables. La force musculaire diminue et peut entraîner l'apparition de difficultés motrices.

1.1.1.2 Aspects sensoriels.

Au niveau sensoriel, l'altération des différents organes provoque une baisse de la qualité de perception. Cela s'accompagne de « la dégradation de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales. » (Laffont, 2014)
Ceci provoque une baisse des capacités en lien avec la perception de son environnement, la motricité, le relationnel et la notion d'identité.
Ainsi, une diminution de l'acuité visuelle aura un impact sur la marche, l'équilibre et les coordinations
.
L'altération des systèmes visuels et auditifs impacteront l'aspect relationnel en coupant la personne de son environnement, en la privant de ses capacités à avoir des informations sur celui-ci et à être en relation avec autrui. (Laffont, 2014)

Une atteinte de l'oreille interne, notamment par la diminution des récepteurs vestibulaires, participera à la perte d'équilibre et une modification de la posture. (Albaret & Aubert, 2001)

La sensibilité tactile s'émousse du fait de modifications de la peau et de la réduction du nombre de récepteurs tactiles. (Albaret & Aubert, 2001)

La perte du goût et de l'odorat entraîne une baisse de l'appétit, un amaigrissement, et une dénutrition. Ceci est préjudiciable au maintien osseux et musculaire. (Laffont, 2014)

La diminution de la proprioception implique des difficultés à percevoir l'information provenant des articulations, tendons et muscles. Pour citer un exemple en lien avec notre sujet, selon Gilles Bernard « la perte de la proprioception de la cheville est largement responsable du risque de chute. » (Personne, 2014)

1.1.1.3 Aspects cognitifs.

Sur le plan cognitif, les facultés intellectuelles subissent une altération plus tardive. Les modifications neurologiques en lien avec le vieillissement du cerveau et du système nerveux sont nombreuses. Le vieillissement se traduit par une hétérogénéité des performances cognitives (Bertsh, Lobjois, Maquestiaux et Al., 2005)

Les fonctions exécutives ralentissent et altèrent la qualité de planification, la flexibilité mentale pour s'adapter aux nouvelles situations, l'inhibition et le raisonnement.

Les capacités mnésiques diminuent. L'attention et la concentration demande un effort supplémentaire. La compréhension a tendance à diminuer également.

On observe également que la vitesse du traitement de l'information ralentit et implique un temps de réaction plus long. En lien, la double tâche, comme par exemple écouter en réalisant un geste, est souvent plus difficile à réaliser.
Tout cela contribue à la présence de difficultés dans l'ajustement postural. (Guillou, 2013)

Bertsh, Lobjois, Maquestiaux et Al. résument en expliquant que « le phénomène de vieillissement cognitif et sensori-moteur s'interpréterait moins par l'altération de mécanismes ou de structures spécifiques que par la réduction de ressources de traitement disponibles au niveau du partage de l'attention, de la récupération mnésique et de la vitesse de traitement » (Bertsh, 2005)

1.1.1.4 Aspects moteurs.

Sur le plan moteur, les perturbations sont en lien avec la diminution de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse, de l'amplitude et la fluidité des mouvements. Ceci est à relier avec la rétractation musculaire. Tous ces éléments vont être majorés dans le cadre de l'immobilisme et l'inactivité (Albaret & Aubert, 2001).

Au niveau de la motricité générale, on observe des modifications du tonus de fond vers l'hypertonie accompagné de paratonies. Cela engendre des difficultés dans la régulation tonique. (Laffont, 2014)

En ce qui concerne l'équilibre, nous aborderons ci-dessous l'instabilité posturale et la déficience des stratégies d'équilibration. Le vieillissement s'accompagne de pertes d'équilibre plus fréquentes du fait d'une difficulté d'intégration des informations sensorielles. De même, différents auteurs soulignent que chez les personnes âgées, le maintien de l'équilibre nécessite une charge attentionnelle plus élevée. On peut souligner notamment une diminution du temps de réaction qui sera susceptible de compliquer l'ajustement postural. (Guillou, 2013).

Pour l'équilibre dynamique, la marche se modifie aussi avec un polygone de sustentation plus petit, une longueur et une hauteur du pas diminuées. La posture se modifie et le regard s'oriente vers le sol. (Laffont, 2014)

Les coordinations et dissociations sont réduites et entravées par la lenteur d'exécution et la raideur des articulations. Cela s'accompagne de tremblements. (Laffont, 2014)

On observe des difficultés au niveau praxique sur des gestes simples ou complexes : comme l'habillage et les manipulations d'objets. (Laffont, 2014)

Enfin la motricité fine perd en précision et en rapidité d'exécution. Les difficultés de régulation du tonus musculaire et la présence de tremblements participent à rendre les gestes plus difficiles à réaliser.(Laffont, 2014)

1.1.1.5 Aspects psycho-affectifs.

Sur le plan psycho-affectif, selon Aurélien Ribardier et Sophie Sainjean-Cailliet, le vieillissement « peut être envisagé comme une accélération des pertes et une accumulation de deuils » (Personne, 2011).

Le déclin des capacités du corps limite le champs des possibles, mais il y a surtout un changement dans la notion d'identité. Au cours du vieillissement qualifié de normal, il y a la conservation d'un sentiment de singularité et de permanence (Personne, 2011). Toutefois cette notion d'identité évolue avec les changements sociaux et relationnels, les maladies, les handicaps vécus et dans le cadre de notre mémoire, les chutes.
Ainsi une perte progressive d'autonomie peut amener à l'isolement, au retrait sur soi. De même, l'installation en maison de retraite peut acter une rupture du sentiment de continuité dans l'existence. (Laffont, 2014)

Face à cela, la réduction des perspectives sur le long terme et l'idée de la mort amène une majoration des angoisses et des peurs (Laffont, 2014). La crainte de la chute rentre tout à fait dans ce cadre.

1.1.2 Vieillissement pathologique.

Le vieillissement pathologique, ou sénilité, se réfère à l'apparition d'une pathologie chez une personne âgée. Cependant, selon Thierry Rousseau, « la maladie n'est pas une caractéristique de la vieillesse » (Rousseau, 2018).

Pour lui, au niveau physique, le vieillissement n'est pas synonyme de nouvelles maladies. Il contribue toutefois à une polymorbidité, d'autant plus après 80 ans.

En ce qui concerne les pathologies mentales, il les classe en maladies organiques et psychiques.

Les pathologies organiques regroupent les différents types de démences comme la maladie de type Alzheimer qui a la plus forte prévalence. On trouve également les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) associés à des désordres cognitifs pouvant être réversibles (notamment les aphasies, apraxies et agnosies) ainsi que des syndromes comme celui de Parkinson.

Les pathologies psychiques relèvent du domaine de la psychiatrie et se réfèrent à l'hypocondrie, la paranoïa, la schizophrénie et la dépression. Cette dernière est fréquente chez les personnes âgées (Rousseau, 2018). Il s'agit d'un trouble de l'humeur se présentant sous la forme d'un syndrome dépressif majeur. En institution, cela touche plus les femmes que les hommes. Nous verrons dans un prochain chapitre son impact sur les risques de chutes.

1.2 La notion de chute.

1.2.1 Définition.

Thélot et son équipe (2017) font mention de l'existence de plusieurs définitions concernant la chute. Deux définitions sont mises en avant.
La première est celle de l'équipe de Hauer en 2006 où la chute est définie comme une « perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait »
La seconde est de l'Organisme Mondial pour la Santé (OMS) pour qui « Une chute désigne tout évènement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre volontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur ». (Thélot, Lasbeur, Prédono, 2017)

Chez les personnes âgées (de plus de 65 ans), l'équipe souligne que « l'incidence et la prévalence des chutes sont toujours élevées » et que les conséquences en terme de morbidité et de mortalité sont importantes sur le devenir des personnes et de leur

santé. (Thélot, Lasbeur, Prédono, 2017) Ainsi, Guillou (2013) indique qu'elle est la première cause de mortalité par accident chez les personnes âgées.

Dans le cadre d'une prévention des chutes, il est nécessaire d'avoir une connaissance et compréhension des facteurs influant sur ces situations. Cela nous permet d'être éclairé concernant l'étude du vécu de chaque participant et d'adapter la médiation à leur compétences et leur besoins.

Selon le rapport de la Haute Autorité de la Santé (HAS) de 2005 ayant pour sujet la prévention des chutes, celles-ci concerneraient « une personne sur trois de plus de 65 ans, au moins une fois par an. Pour les personnes âgées de plus de 85 ans, ce chiffre passe à la moitié d'entres elles. On dénombre plus de 400 000 chutes en France pour les plus de 65 ans. La chute est la première cause de mort accidentelle et elle est responsable de 12 000 décès par an » (Personne, 2011)

La chute est un événement multifactoriel (Ruvira, 2017). Le risque de chute passerait de 8 % en la présence d'un seul facteur à 78 % avec quatre (Guillou, 2013). Il existe de nombreux facteurs extrinsèques et intrinsèques.

1.2.2 Les facteurs extrinsèques.

Les **facteurs extrinsèques** sont constitués de facteurs environnementaux et comportementaux.

L'environnement constituerait le premier facteur de chute, signalé dans 30 à 50 % des cas. La cause des chutes est importante à préciser car dans 34 % des situations, le revêtement des sols est impliqué. Les caractéristiques environnementales sont toujours à rechercher et à prendre en compte dans l'analyse des chutes. On note également la présence d'obstacle ou un éclairage insuffisant. (Guillou, 2013)

Nous prendrons en compte cette analyse dans l'évaluation des besoins des résidents de l'EHPAD dans lequel nous avons effectué la médiation. Le psychomotricien devra observer également a posteriori si il existe une absence ou une diminution des chutes durant l'année suivant la médiation (Ponton, 2011).

Le comportement est lié à la prise de médicaments, à la peur de la chute et l'imprudence dans les activités quotidiennes (Innocent Mutel, 2015)

1.2.3 Les facteurs intrinsèques.

Les **facteurs intrinsèques** sont associés à la notion de « facteurs prédisposants » (Ruvira, 2017). Nous nous sommes basés sur les recommandations de l'HAS concernant la prévention des risques de chute (2005). Il est proposé un récapitulatif de ces facteurs :

- Les sujets âgés de + de 80 ans. Ceci inclut les éléments associés au vieillissement qualifié de « normal ».
- La présence de pathologies spécifiques, associées au vieillissement pathologique.
- les médicaments ou maladies altérant les fonctions sensitives, cognitives ou motrices. Plus de quatre médicaments sont des facteurs de chute (Ruvira, 2017).
- Des activités quotidiennes réduites.
- Des troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, trouble de la marche, équilibre postural et/ou dynamique altéré.

1.3 Étiologie des chutes chez la personne âgée.

1.3.1 L'instabilité posturale.

L'instabilité posturale est définie par Guillou (2013) comme « la difficulté, tant sur le plan statique que dynamique, à maintenir une posture stable et adaptée au cours d'activités susceptibles de la perturber». En ce sens, l'équilibre du sujet est intimement lié à la stabilité posturale.

Pour Horak, l'équilibre serait la fonction sensori-motrice permettant « de stabiliser le centre de gravité au cours de perturbations externes ou auto-initiées » (Ruvira, 2017)

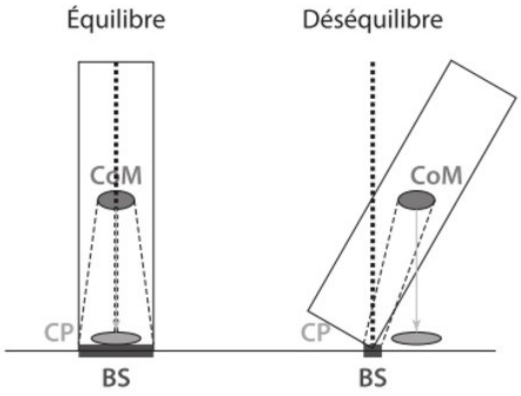


Figure 1: Représentation des situations d'équilibre et déséquilibre par Olivier Beauchet dans Innocent Mutel, 2015

On distingue l'équilibre statique, sans mouvements, de l'équilibre dynamique qui intervient lors des déplacements et des transferts. Pour Horak, l'équilibration est dans ce cadre la

résultante du centre de gravité avec la base que constitue les pieds (BS, voir Figure 1). Ce centre est situé approximativement entre le nombril et quelques centimètres en avant de la 3ème vertèbre lombaire. Pour l'équilibre, sa projection doit se faire à la verticale du polygone de sustentation. Si celle-ci se place en dehors, alors il y a déséquilibre. Innocent Mutel indique que Fasano parle d'un trouble du centre des masses (CoM) (Innocent Mutel, 2015)

L'observation clinique d'oscillations posturales permet déjà d'identifier des sujets susceptibles de chuter (Albaret & Aubert, 2001). Pour ce qui concerne l'instabilité posturale, on notera des oscillations antero-postérieures de l'axe (Innocent Mutel, 2015)

L'étiologie de l'instabilité posturale est en lien avec le processus dégénératif touchant les récepteurs sensoriels, les voies nerveuses et les centres intégrateurs.

1.3.2 Instabilité de la marche.

L'instabilité posturale va se traduire dans les coordinations par une atteinte de la marche. Cela se caractérise par un trouble de la base de support. Une perturbation soudaine de la base va participer à la chute en avant. On trouve parmi les facteurs déclenchant : « l'initiation de la marche, la rotation du corps, les contraintes spatiales, le stress » (Innocent Mutel, 2015) Ce sont des signes retrouvés chez les Parkinsoniens.

Innocent Mutel indique que la marche pathologique se traduit par une arythmie, un manque de symétrie du pas, une coordination bilatérale pauvre et un contrôle postural dynamique inefficace. De plus, elle souligne la présence de troubles dysexécutifs et attentionnels.

1.3.3 Déficience des stratégies d'équilibration.

Chez les sujets chuteurs, les réflexes d'équilibration vont s'avérer inefficaces. Lorsque survient une déstabilisation par des facteurs internes ou des éléments externes, une chaîne de réactions réflexes va se mettre en place pour une prévention de la chute.

Horak parle de deux types d'ajustements. Il y a les anticipés, qui vont être initiés volontairement et les réactifs, qui interviennent sous la forme de réflexes lorsque le déséquilibre n'a pas été anticipé (Ruvira, 2017),

En se basant sur Nashner et McCollum, Innocent Mutel indique que les premières stratégies « consistent en un raidissement de l'articulation de la cheville et à une libération des muscles du tronc » (2015)

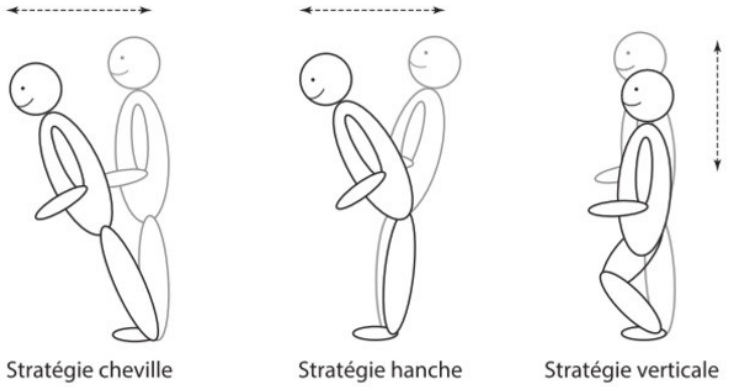


Illustration 1: Les trois stratégies posturales de Nashner et McCollum, dans Innocent Mutel, 2015

Lorsque celles-ci ont échoué à conserver et rétablir l'équilibre, des réflexes de protection s'activent. Ils consistent en des mouvements amples et des pas dans une direction opposée pour élargir le polygone de sustentation. Viennent ensuite les réactions de pare-chute lorsque celle-ci est engagée. Dans cette situation, ces réflexes reposent sur des afférences sensorielles et une mobilité du tronc.

1.3.4 La peur de tomber.

Deux éléments psychopathologiques entrent en compte dans le risque de chute : la peur de tomber et la dépression (Ruvira, 2017). Ceux-ci apparaissent comme des facteurs prédisposants.

Dans les travaux de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur la prévention des chutes des personnes âgées (2015), la peur de chuter est définie de plusieurs façons. Elle peut être vue comme une anxiété, un sentiment d'insécurité et d'inquiétude vis à vis de la chute. Pour une autre approche, basée sur la théorie sociale cognitive de Bandura, elle est en lien avec la notion d'un faible sentiment d'efficacité personnelle. Ce sentiment se définit par la croyance des ressources dont l'individu dispose ou non pour réaliser une activité (Guillou, 2013). D'autres travaux vont aborder l'idée d'un manque de confiance en son propre équilibre.

Tous ces travaux semblent faire converger cette peur vers la perception, l'évaluation subjective et le sentiment personnel de risque de chute. La peur de tomber peut ainsi être envisagée soit sur un versant émotionnel, soit en lien avec la confiance en soi et le sentiment d'efficacité.

De plus, la peur de tomber augmente significativement avec le nombre de chutes, le temps passé au sol et le sentiment d'instabilité posturale (Guillou, 2013).

1.3.5 Les aspects médicamenteux.

Ruvira (2017) met en avant plusieurs auteurs pour qui la dépression peut aussi être un facteur prédisposant à la chute. En effet, selon l'équipe de Fasano en 2012, celle-ci peut être en lien avec des troubles attentionnels précipitant la chute, notamment lors de traitements médicamenteux avec anti-dépresseurs. En 2014, Prizer et ses collaborateurs mettent en avant que le risque de chute est majorée de 50 % lors des premières semaines d'un traitement anti-dépresseur, pour des symptômes dépressifs.

La polymédication majore le risque de chute, notamment avec la prise de médicaments psychotropes (Inserm, 2015). L'HAS mentionne également les hypotenseurs. Le risque augmente particulièrement à partir de quatre médicaments par jour (Ruvira, 2017)

Nous pouvons prendre l'exemple des psychotropes (benzodiazépine, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) dont l'Inserm, dans son rapport de 2015, cite les effets aggravant les risques de chute. Ainsi, ces médicaments augmentent le risque de chutes par des effets directs ou indirects : sédation, sensations de vertige, baisse des performances cognitives et motrices, troubles de l'équilibre et troubles visuels.

Le rapport souligne que ce lien entre consommation de psychotropes et risque de chute est particulièrement présent dans les EHPAD. Ce sont en effet des établissements où leur consommation est élevée. Il estime qu'un tiers des résidents est traité par neuroleptiques et la moitié par benzodiazépines (Inserm, 2015).

1.4 Les conséquences liées à la chute.

Nous présenterons dans un premier temps les conséquences physiques, psychiques et sociales liées à la chute.

Nous aborderons à la suite les 3 syndromes psychomoteurs associés du plus aigu au plus chronique, à savoir : le syndrome post-chute, le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) et enfin le syndrome d'inhibition psychomotrice.
Guillou (2013) illustre ceci à l'aide d'un schéma simple permettant de se représenter l'intrication des différents syndromes évoqués.

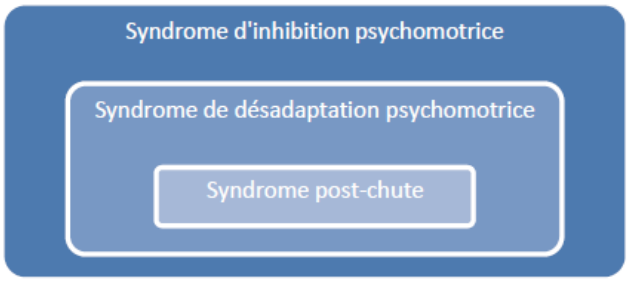


Figure 2: les différents syndromes (Guillou, 2013)

1.4.1 Conséquences physiques.

Les conséquences physiques des chutes varient suivant la condition de la personne. Pour l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm, 2015), elles sont les principales causes de traumatismes physiques chez les personnes âgées. Globalement, les atteintes physiques sont constituées, de façon graduelle de traumatismes bénins comme les hématomes et les plaies, en passant par les fractures, jusqu'au décès.

Une chute de sa propre hauteur peut engendrer un traumatisme crânien léger. Celui-ci peut donner lieu à un hématome sous-dural chronique impliquant l'apparition des troubles cognitifs pouvant survenir plusieurs jours après la chute. (Ruvira, 2017)

Les fractures du col du fémur et du poignet sont les plus fréquentes (Ruvira, 2017) Dans un tiers des cas, la fracture concerne l'extrémité supérieure du fémur (Inserm, 2015). On note également des fractures du bassin, du bras, du poignet, des vertèbres. Cette dernière est en lien avec des douleurs chroniques pouvant entraîner une perte d'autonomie sur le long terme. (Inserm, 2015)

En ce qui concerne la mortalité, Ruvira cite les travaux de Gaxatte et son équipe pour qui « la chute est la cause principale de décès par accident chez les plus de 70 ans ». Mais il est nécessaire de souligner également l'importance de l'impossibilité à se relever. En effet, le rapport de l'Inserm souligne que dans les 6 mois suivant la chute, « la mortalité des personnes passant plus de 1 heure au sol est multipliée par deux » (Inserm, 2015)

1.4.2 Conséquences psychiques et sociales.

Au niveau psychologique, les chutes sont le plus souvent responsables d'une perte de confiance en soi. La personne peut développer la peur de chuter une nouvelle fois comme nous l'avons vu dans le chapitre sur « la peur de chuter ». Dans ce cas le souvenir traumatique vient construire une réelle appréhension.

On observe une apparition d'une anxiété à la marche et en orthostatisme. La relation au sol devient source d'angoisse. Cela s'accompagne chez la personne âgée de la non-maîtrise de son corps. (Ruvira, 2017) Une sidération psychique et des problématiques dépressives apparaissent. Ces éléments seront abordés dans les syndromes psychomoteurs.

La répétition des chutes va venir renforcer ces éléments et venir construire une angoisse liée à la chute avec un sentiment d'impuissance et d'abandon (Ribadier, Sainjeon-Cailliet, 2011). Là encore, plus le temps passé au sol est long et plus les conséquences seront prononcées.

Globalement, la chute va induire une restriction des activités, une baisse des relations sociales et, potentiellement une perte d'autonomie (Inserm, 2015)

1.4.3 Le syndrome post-chute.

Le syndrome post-chute est initialement décrit par Murphy et Isaacs en 1982 (Guillou, 2013). C'est une forme aiguë du syndrome de désadaptation psychomotrice. Les signes cliniques se traduisent par des troubles posturaux, des altérations motrices et des troubles psycho-comportementaux (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014).

Au niveau postural, il y a une rétro-pulsion. En position assise, cela se traduit par la projection du tronc en arrière. Lors du changement de position assis-debout, le tronc n'est pas projeté vers l'avant, on observe une impossibilité à passer en antépulsion (Personne, 2011) et les pieds sont positionnés en avant (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014).
En orthostatisme, la posture est non fonctionnelle : le tronc se projette en arrière (rétropulsion), le poids du pied est sur les talons (appui podal postérieur) et on observe un soulèvement des orteils. (Personne, 2011). On observe alors une projection du centre de masse en arrière du polygone de sustentation, ce qui en résulte une tendance à la chute en arrière, des difficultés à se lever et un manque de sécurité à la marche. (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014)

En terme d'altération motrice, la marche se traduit par des petits pas, des appuis « talonniers antiphysiologiques » (Personne, 2011), un élargissement du polygone de sustentation, une flexion des genoux. L'instabilité posturale n'autorise plus de temps unipodal s'accompagnant d'un déséquilibre physiologique, ni de déroulement du pied. Il est souligné également une absence des réflexes parachutes en lien avec la sidération des automatismes.

Au niveau psychologique, cette « sidération fonctionnelle des automatismes moteurs » (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014) s'accompagne d'une anxiété majeure et d'une phobie à l'idée de marcher, ou même de se lever (orthostatisme).

On observe une majoration de l'angoisse avec une peur du vide lors de la marche, des réactions d'agrippements à la verticalisation pouvant être associés à un refus de se lever. La chute et les difficultés entraînent un sentiment d'insécurité chez la personne. Cela peut alors engendrer une dévalorisation accompagnée d'un repli sur soi, ainsi qu'une diminution des activités (Personne, 2011).

1.4.4 Syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM).

Il est décrit initialement comme un « syndrome de régression psychomotrice » mais son appellation se modifie pour prendre celle plus adaptée de « syndrome de désadaptation psychomotrice ». Dans les années 2000 est apparu le nom de « syndrome de dysfonctionnement sous-cortico frontal », qui permet de souligner ses aspects physiopathologiques. (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014)

Ce syndrome est une décompensation de la fonction posturale, de la marche et des automatismes psychomoteurs. Ces éléments apparaîtraient secondairement à une altération de la programmation posturo-motrice en lien avec une détérioration des structures sous-cortico-frontales. En effet, Manckoundia et son équipe soulignent des corrélations entre des lésions de la substance blanche et différents troubles : posturaux, de la marche et des fonctions exécutives. (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014)

Mais le SDPM n'apparaîtra que lors de la manifestation d'un facteur aigu de décompensation. Ces facteurs sont de deux types.
Ils peuvent être organiques avec une hyperthermie, une déshydratation, des troubles métaboliques, l'hypotension artérielle ou une diminution du débit cardiaque.
On trouve également des facteurs fonctionnels avec la chute, la non-utilisation et l'alitement. (Manckoundia, Ntari Soungui, Tavernier-Vidal et Al., 2014).

Dans ce cadre, la chute et ses conséquences sont comprises dans le syndrome d'inhibition psychomotrice. Sous un aspect aigu, elles sont définies comme le syndrome post-chute.

1.4.5 Syndrome d'inhibition psychomotrice.

Féline et Lépine définissent l'inhibition psychomotrice, en 1982, comme une impossibilité active et temporaire de la réalisation d'actions, par lesquelles le sujet cherche à résoudre des tensions internes. Ces actes sont en lien direct avec l'adaptation à une situation relationnelle et à l'environnement. Cette inhibition peut toucher de nombreux domaines d'actions : physiologiques, mentales, verbales et motrices. (Molbert, 2013)

L'inhibition psychomotrice est en elle-même un phénomène normal. C'est à un certain seuil qu'on la définit comme pathologique. Dans ce cadre, elle peut se traduire par un ralentissement de l'exécution des gestes jusqu'à une disparition presque totale de la motricité volontaire.

Molbert (2013) indique que cette inhibition peut exprimer trois éléments :

- Elle peut s'apparenter au renoncement à l'exercice d'une fonction, dans le but de limiter l'angoisse que procurerait la réalisation de l'acte. Cela est parlant en ce qui concerne la chute chez la personne âgée.

- Cela peut être une souffrance psychique qui s'apparente alors à un symptôme que l'on va retrouver dans différentes troubles psychiques comme la

dépression. On peut ainsi dire que l'énergie psychique est alors orientée vers cette souffrance. Ainsi, la personne s'avère moins disponible pour d'autres activités.

- Elle peut être vue en tant que syndrome regroupant un ensemble de signes cliniques et de symptômes touchant de nombreuses sphères : comportementales, motrices, affectives, relationnelles, etc.

Pour Blain, cité par Ruvira (2017), le syndrome d'inhibition psychomotrice intègre des symptômes de la désadaptation psychomotrice en mettant en avant un environnement stressant comme facteur prédisposant.
La chute représente un événement stressant pour la personne âgée. Ce vécu peut engendrer différents symptômes d'ordre émotionnel comme l'alexithymie (problématique de l'expression des émotions), l'anhédonie (difficulté à ressentir du plaisir) et de l'apathie (perte d'intérêt et indifférence). On observe également une inhibition motrice se traduisant par une diminution des activités, une immobilité pouvant être prolongée et un retrait social. On note enfin une bradyphrénie, c'est-à-dire un ralentissement de la pensée.

Guillou souligne dans le syndrome d'inhibition psychomotrice les aspects du fonctionnement exécutif impliquant les fonctions émotionnelles, motrices et cognitives (Guillou,2013). Il souligne que les symptômes négatifs (ralentissement global, dépression) seraient potentiellement en lien avec l'altération des zones et circuits cérébraux associés aux fonctions exécutives.
Mettre en avant les symptômes dysexécutifs permet de mettre en lien des symptômes dépressifs avec les chutes à répétition chez la personne âgée (Ruvira, 2017)

1.4.6 Atteinte des représentations du corps.

La psychomotricité s'appuie sur les représentations du corps construites autour de éléments deux notions clés : le schéma corporel et l'image du corps. Le premier est associé à un système de localisation, alors que la seconde est en lien avec la perception des formes. Ces deux éléments sont dynamiques et en constante

évolution, intimement liés aux événements et expériences de l'individu. La chute a alors un impact certain sur cette représentation du corps.

Bonnier, dès 1833, énonce l'idée d'une *représentation topographique* du corps et énonce le concept de *somatognosie*. En 1893, il utilise la notion de *schéma corporel* comme une « représentation permanente d'une figuration spatiale du corps et des objets » (Vert, 2015). En 1915, Pick ajoute dans ses travaux l'idée d'une image spatiale du corps en lien avec la location des stimulations (Vert, 2015). Puis Head (1920) est associé à l'origine du concept de *schéma corporel*. Ainsi cette vision neurologique classique conceptualise le schéma corporel selon le fait que « le cerveau maintien une mise à jour constante du statut de la forme du corps et de la posture comme une intégration permanente, principalement inconsciente, des signaux proprioceptifs successifs, toutefois distinct d'une représentation du corps plus consciente, ou image du corps » (Morasso, Casadio, Mohan, Rea & Al., 2015). Celui est en lien avec des processus psychodynamiques. Plusieurs auteurs viennent ensuite enrichir sa définition et l'émailler de différences.

Pour Julian de Ajuriaguerra, en 1970, il s'élabore sur les sensations tactiles, kinesthésique , labyrinthique et visuelle (Ruvira, 2017).

Pour François Dolto (Pireyre, 2015), il est évolutif dans le temps et l'espace. Raymonde Feillet le définit comme « une construction kinesthésique, qui donne lieu à une sensation de son corps dans l'espace. Ce schéma se construit notamment à partir de l'appropriation de la technique, de l'intégration des automatismes. » (Feillet, 2012). Enfin, Pireyre (2015) le met en lien avec les fonctionnements des différents systèmes sensoriels en parlant de sensibilité somato-viscérale.

Enfin, Albaret (Albaret, Giromini & Scialom, 2015) définit le schéma corporel comme un système de localisation répondant à deux questions. La première, « où ? », est en lien avec le fait de situer les différents membres et la cible de l'action. La seconde, « comment ? », s'oriente sur la réalisation d'une action dans réaliser un but fixé, ou l'atteinte d'un point du corps.

Le schéma corporel se modifie donc avec l'âge de la personne et le vieillissement. La diminution de la sensibilité (sensori-motrice, proprioception etc.) participe à l'altération de celui-ci.

La chute vient majorer cette affectation du schéma corporel via ce qu'elle engendre : immobilisation, baisse ou absence de stimulation du fait de l'incapacité et des angoisses (Ruvira, 2017)

Françoise Dolto souligne que le schéma corporel n'est pas l'**image du corps** (Feillet, 2012) car cette dernière n'est pas une donnée anatomique. Elle est la synthèse inconsciente de nos expériences émotionnelles. Nous entrons en relation à l'autre avec notre image corporelle portée par le schéma corporel (Pireyre, 2015). Cette image est pour elle inscrite dans le langage.

Schilder la définissait comme la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. Néanmoins Feillet (2012) rappelle que cette image, en tant que représentation de soi, se construit également dans la comparaison aux autres. On parle alors de la notion d'identité en lien avec l'image du corps.

Albaret (Albaret, Giromini & Scialom, 2015) définit l'image du corps comme un système de perception des formes permettant l'identification et la reconnaissance du corps. Elle répond à la question « quoi ? », associée à l'idée du corps que l'on peut être, de ses particularités et de notre apparence.

Dans ce cadre, le vieillissement peut impliquer une restriction de l'investissement du corps et une non-reconnaissance de soi.

L'expérience traumatique et soudain de la chute vient directement questionner ce rapport à la reconnaissance de soi et l'imaginaire associé au corps.

Il peut s'en suivre une perte de la notion d'identité et une dissociation entre somatique et psychique. En effet, la chute vient poser l'idée de « vulnérabilité » qui participe à une « non-reconnaissance de son image par autrui » (Feillet, 2012)

En conclusion de ce chapitre, les conséquences des chutes ont des répercutions globales chez la personne âgée. En effet, elles impliquent des atteintes fonctionnelles, psychologiques et émotionnelles et les représentations du corps. Ces tableaux cliniques ont amené les chercheurs à définir des syndromes psychomoteurs regroupant de façon cohérente ses éléments et justifiant leur analyse psychomotrice. C'est dans cette optique que nous abordons la prévention des chutes en psychomotricité.

II. La prévention des chutes en psychomotricité.

La prévention des chutes en psychomotricité passe en premier lieu par une définition pour situer notre action. Dans un second temps, nous présenterons les approches évaluatives permettant de mettre en évidence les risques de chute chez une personne âgée. Enfin, nous présenterons les modalités de prise en charge en psychomotricité.

2.1. Notion de prévention primaire et secondaire.

En tant que problème de santé publique, la chute fait l'objet d'actions de prévention dont on peut définir trois types. (Innocent Mutel, 2015)

La *prévention primaire* est associée à la réduction de la fréquence des chutes dans une population saine. Nous sommes alors en amont de la première chute et l'on cherche dans ce cas à diminuer les causes et les facteurs de risque. Les actions sont orientées sur l'information et la sensibilisation des personnes âgées et de l'entourage. Les dangers présents au domicile sont mis en avant.
Le psychomotricien propose dans ce cadre des ateliers de groupe et peut effectuer un travail d'information et de sensibilisation pour le personnel. Il le fait en amont de la chute, en s'intéressant aux facteurs prédisposants et précipitants (Ruvira, 2017)

La *prévention secondaire* propose des actions liées au dépistage « des personnes âgées qui chutent ou qui ont des forts risques de chute » (Innocent Mutel, 2015). On tente d'identifier les problématiques le plus tôt et de mettre en place une intervention pour diminuer leur impacts négatifs.
Le psychomotricien va dans ce cadre s'intéresser et analyser les circonstances des chutes. Il va y avoir une action d'évaluation des troubles possibles ayant une incidence sur la chute et le vécu du sujet (Ruvira,2017).

La *prévention tertiaire* est associée à des interventions visant la réduction des incapacités associées aux chutes. C'est ce qui concerne les soins médicaux et la réhabilitation.

Notre médiation qi gong s'est élaborée autour d'une action de prévention des chutes en EHPAD. En ce sens, elle se situe dans la prévention primaire et secondaire. Dans cette optique, elle devra comporter une évaluation, une analyse des chutes et du vécu de la personne. Elle s'effectuera dans le cadre d'un groupe.

2.2 Cadre de l'évaluation.

Pour Innocent Mutel (2015), une évaluation en amont permet de prendre en compte de nombreux éléments. Ainsi on peut prendre la mesure d'une peur de la chute chez le sujet, évaluer la présence de troubles sensoriels, moteurs et de difficultés sur le plan de l'équilibre statique ou de la marche. Cela inclut également l'auto-évaluation de l'individu concernant ses risques de chute. Il est également nécessaire d'évaluer les troubles attentionnels ou dysexécutifs.

Dans son évaluation, le psychomotricien doit prendre en compte les données déjà existantes et les tests réalisés par les autres professionnels. Il lui est nécessaire d'effectuer un travail en amont de son évaluation pour récupérer ces informations et les prendre en compte. Ainsi, des tests d'équilibre de la marche peuvent déjà avoir été faits par les kinésithérapeutes, comme le TINETTI. Les psychologues vont réaliser une évaluation à dimension cognitive comme le Mini Mental State Examination (MMSE de Folstein) ou le test des « cinq mots » (Dubois). Les Ergothérapeutes propose une Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) et des risques présents dans l'environnement.

2.1.2 Évaluation psychomotrice.

L'**Examen Géronto-Psychomoteur** (EGP) est une évaluation des processus cognitifs et des compétences motrices qui n'est pas à visée diagnostique. Elle permet d'obtenir une « vision longitudinale de l'avancée de la maladie et/ou de l'effet d'éventuelles thérapeutiques » (Helfer, 2009) Elle nous permet de suivre l'évolution

psychomotrice d'une personne âgée. L'EGP est composé de 17 items divisé en quatre parties :

- l'équilibre statique et dynamique
- les manipulations articulaires ainsi que la motricité fine des membres supérieurs et inférieurs
- les praxies, la somatognosie, la vigilance et la mémoire perceptive
- la sphère spatiale, la mémoire verbale, la perception et la sphère temporelle. (Ruvira, 2017)

Le **Tonus** est une spécificité des psychomotriciens et il est nécessaire d'en faire une évaluation. Pour Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval (2015), le tonus d'un muscle correspond à sa sensibilité à son propre étirement. Citant Vulpain en 1874, le tonus est alors défini comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). Il est en lien avec le système nerveux central La fonction tonique est vue comme la trame ou le support de l'existence, association d'aspects fonctionnels et relationnelles.

On distingue trois formes de tonus.

Le **tonus de fond** ou de base participe à la cohésion corporelle. Il est associé au degré de contraction musculaire lorsque le sujet est au repos (Ruvira, 2017).
Le **tonus postural** permet un maintien de la posture, de l'équilibre et assure « un niveau tension optimum pour l'action » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). On le relie également au **tonus axial** qui est le résultat de la construction d'un « axe psychomoteur ». Il est vu comme un appui postural en lien avec la notion de verticalité, mais comprend aussi un versant représentatif et émotionnel (Corneau-Doppia, 2016).
Enfin, le **tonus d'action** est à la base d'une motricité plus globale, ainsi qu'à la communication non-verbale et au langage (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

Ce sont les contractions musculaires qualifiées de phasiques qui vont permettre l'action et les mouvements dans l'espace.

L'évaluation du tonus permet d'observer le sujet dans son investissement corporel (Ruvira, 2017) et également de rendre visible des troubles de la régulation tonique en lien avec des maladies neurologiques. En effet, des troubles Parkinsoniens provoqueront une hypertonie de fond impliquant une rigidité et des difficultés à l'initiation au mouvement (Radenac, 2016). L'observation d'une spasticité pourra également être associée à un syndrome post-chute (Ruvira, 2017).

On évalue le tonus de fond avec l'**épreuve du ballant** qui correspond à la passivité, c'est à dire la capacité à détendre certaines parties du corps. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). Ce test permet de mettre en évidence la présence de paratonies et l'impossibilité pour le sujet d'effectuer le relâchement volontaire d'un muscle. On testera également pour le tonus de fond l'**extensibilité musculaire** qui correspond à l'ouverture de l'articulation et le degré d'allongement du muscle.
Le **test de résistance à la poussée** permet d'évaluer le tonus postural. Le sujet se tient debout, les yeux fermés, et ne doit pas se laisser déséquilibrer par la poussée. Cette épreuve est présente dans le Tinetti que nous verrons au chapitre suivant.
On étudie le **tonus axial** par l'observation posturale du sujet en position assise. On regarde si la posture est verticale ou affaissée d'un côté ou de l'autre et si la tenue de la tête se trouve dans l'axe vertical.
Enfin, le **tonus d'action** s'apprécie par l'observation de l'activité motrice volontaire et d'éventuelles syncinésies (Ruvira, 2107)

Geneviève Ponton (2011) propose également d'effectuer le **dessin du bonhomme** en tant que représentation de soi par le dessin. Ce test est élaboré par Goodenough en 1926 pour l'évaluation du QI . Royer proposera en 1977 un nombre d'items de cotation auxquels se réfère la psychomotricité pour avoir une idée de l'expression de soi dans l'environnement.

Ponton effectue la proposition du dessin après quelques séances. L'intention est de mesurer le ressenti individuel et d'observer les représentations de soi et les changements du dessin avant et après une séance. Le psychomotricien peut alors observer si il existe une fidélité entre la représentation et la problématique de la

personne. A partir de son analyse, le psychomotricien peut chercher à adapter son intervention. Ponton nous présente dans ses travaux trois exemples de ce qui peut être observé. Le premier concerne les limites de soi, en lien avec les contours du bonhomme et l'ancrage pour le dessin des jambes. Le second porte sur la problématique du vide ou « l'appui en soi », avec notamment l'absence de représentation de certaines zones. Le troisième correspond à la rigidité et se trouve en lien avec l'augmentation du tonus chez les personnes suite à une chute (Ponton, 2011).

Sans avoir le temps de réaliser les dessins en début et fin de chaque séance, nous avons trouvé intéressant de faire réaliser un dessin lors du bilan psychomoteur. Celui-ci peut mettre en avant la représentation et le ressenti des problématiques de la personne avant notre prise en charge. Nous prévoyons d'effectuer une comparaison avec un dessin du bonhomme réalisé à la fin des séances de médiation.

Nous pouvons ajouter des tests supplémentaires pour explorer les différents items selon les besoins du psychomotricien. Cela permet de préciser certaines observations de l'EGP lorsque ces évaluations n'ont pas été faites par les autres professionnels.

2.1.3 Épreuves spécifiques aux troubles de la marche et de l'équilibre

L'équilibre et la marche peuvent être testés avec les tests du Tinetti, le « Get up and Go », le « ten meter test » (Helfer, 2009), le Test Moteur Minimum (Guillou, 2013) et le test d'extension fonctionnelle (Guitard, 2005).

Le **Tinetti** (1986) permet une évaluation rapide des risques de chute. Il permet d'évaluer la personne âgée sur deux éléments : « ses capacités à maintenir un équilibre statique et ses capacités à réaliser des mouvements sollicitant l'équilibre dynamique » (Guitard, 2005). Ainsi, sur 28 points, un score situé entre 24 et 27 traduira un risque de chute faible.

Le **Get up and Go** va s'intéresser à évaluer les transferts assis, debout, la locomotion et les changements de direction. Il permet notamment d'observer les stratégies que le sujet met en place pour se lever (Ruvira, 2017).

Le **Ten Meter Test** permet d'évaluer la marche à un niveau temporel. Le sujet doit marcher à une vitesse ordinaire sur 10 mètres. Cela permet de mesurer la vitesse spontanée du sujet et sa longueur de pas (Guitard, 2005). On observer si la vitesse est inférieure à 1 mètre par seconde et une éventuelle rétropulsion (Guillou, 2013).

Le **Test Moteur Minimum** (Manckoundia P, Ntari Soungui E, Tavernier-Vidal B, Mourey F., 2014) va permettre de rechercher les automatismes moteurs et les réactions d'adaptation posturale. Il est constitué de 18 items réalisés en décubitus, position assise, position debout, lors de la marche et de deux questions.

Guitard (2005) utilise également le **test d'extension fonctionnelle** qui permet d'évaluer l'équilibre dynamique antéropostérieur. Le sujet doit étendre son bras une première fois. On lui demande ensuite de l'étendre une seconde fois le plus loin possible et l'on mesure la différence des deux.

2.1.4 Épreuves spécifiques à la peur de la chuter.

Il est important pour le psychomotricien d'observer durant la passation des autres tests les éléments cliniques pouvant mettre en avant une peur de chuter (Ruvira, 2017) : diminution de la vitesse de marche et de la longueur du pas, écartement des pieds et allongement de l'appui bipodal.

On peut être tenté d'évaluer la peur de chuter par une question comme celle que Legters (2002) propose : « **avez-vous peur de tomber** ? » mais cela reste peu fonctionnel et malaisé à administrer. En effet, il est impossible d'avoir une précision des degrés de peur (Guillou, 2013) car les réponses sont binaires (Ruvira, 2017). De fait, on utilise généralement des échelles.

La **Fall Efficacy Scale** (FES),proposée par Tinetti et son équipe en 1990, consiste en dix questions basées sur des situations quotidiennes pour déterminer les

capacités du sujet à éviter les chutes. La somme des scores fournit un résultat de 0 pour une peur totale et de 100 pour une confiance complète (Guillou, 2013).

L'**Activities-specific Balance Confidence Scale** (ABC-Scale), réalisée par Powell et Myers en 1995, évalue plus le sentiment d'efficacité personnelle à éviter la chute (Ruvira, 2017). Les questions sont un peu plus complexes que pour le FES.

La **Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly** (SAFE), construite par Lachmann et son équipe en 1998, va utiliser six questions à propos d'une même situation pour comparer les différences d'une activité passée et présente. Elle permet ainsi d'évaluer les raisons (comme la peur de chuter) pour lesquelles la personne ne réalise plus celle-ci. L'intérêt de cette grille est l'estimation des degrés d'appréhension de la chute et d'une réduction d'activité associée (Guillou, 2013).

Pour Ruvira (2017), ces échelles ne sont pas adaptées à l'évaluation en EHPAD. Le psychomotricien peut cependant s'inspirer des échelles proposées pour établir un questionnaire. Guillou (2013) a réalisé un travail en ce sens concernant la peur de chuter. Cependant, en pratique, il l'a trouvé malaisé à faire passer et peu concluant.

Ajoutons pour finir que l'évaluation de la peur de chuter s'accompagne d'une analyse de l'histoire des chutes du sujet sur les six derniers mois afin d'en comprendre les causes (Guillou, 2013).

2.1.5 Synthèse du bilan psychomoteur.

Le psychomotricien va ensuite réaliser une synthèse de l'évaluation psychomotrice et associé les conclusions des autres tests effectués. Les observations doivent également s'appuyer sur les éléments déjà présentés dans les dossiers du résident par les autres professionnels de l'EHPAD, ceci dans un cadre pluri-disciplinaire.

Ainsi, le médecin coordinateur, les infirmières et le psychologue peuvent nous fournir des éléments concernant les médicaments pris par le résident. Comme nous l'avons vu, certains peuvent avoir des effets sur l'équilibre, la marche et majorer le risque de

chute. Le psychologue peut déjà avoir réalisé des évaluations concernant un syndrome dépressif qui, comme indiqué précédemment peut avoir une incidence sur les chutes. L'ergothérapeute nous donnera également ses observations concernant les aptitudes motrices et les habitudes posturales du résident, ainsi que les aménagements et aides à la marche.

2.3 Prise en charge en psychomotricité.

2.3.1 Prévention des chutes et pratique psychomotrice

On trouve dans la description du livret du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP) une formation concernant la prévention des chutes (2011), avec plusieurs indications intéressantes pour la prévention des chutes.

En effet, Geneviève Ponton nous indique les éléments d'un travail corporel de base à proposer à un chuteur. On trouve alors la respiration, les appuis, la conscience corporelle, la relation à l'espace et l'adaptation au rythme.
Ces éléments faisant écho à la pratique du Qi gong, ils ont participé à notre intérêt quant à l'utilisation de cette pratique comme médiation psychomotrice.

Il est indiqué également comme proposition dans la construction d'un programme en lien avec l'évolution du schéma corporel chez les personnes. On peut en effet observer la réalisation de dessins du bonhomme par des personnes ayant chuté, ceci dans le but de rendre visible la conscience corporelle de l'individu. Nous nous sommes inspirés de ces travaux pour notre réalisation de dessin du bonhomme dans notre bilan de début et de fin de médiation.

2.3.2 Les axes d'intervention.

L'intervention en psychomotricité va s'établir sur plusieurs axes d'intervention, avec une personnalisation pour chacun des participants.

- **L'amélioration de l'équilibre statique et dynamique** : Cela va concerner le maintien de la posture debout, une adaptation de la longueur du pas. Innocent Mutel (2015) propose des exercices en lien avec la poussée ainsi que des transferts du poids avant/arrière et sur les côtés. On amène le sujet au ressenti de sa limite d'équilibre. L'équilibre dynamique peut être travaillé par des parcours psychomoteurs et des marches adaptées. (Ruvira, 2017)

- **Le renforcement musculaire et la mobilité fonctionnelle**. Le renforcement des muscles des membres inférieurs est essentiel et vu comme un facteur positif dans les programmes de prévention des chutes (Ruvira, 2017). Le psychomotricien peut travailler le renforcement avec des exercices liés à la kinésithérapie, avec des poids aux chevilles (Innocent Mutel, 2015) mais également avec le maintien des postures statiques, d'assouplissements, de mouvements fonctionnels et d'exercices d'équilibre (Vaillant, 2004).

- **La régulation tonique et tonico-émotionelle :** Les éléments visant à l'harmonisation du tonus et la réduction de l'hypertonie lors des syndromes post-chute. Le travail s'effectue en lien avec l'adaptation de la posture (Ribadier, A. & Sainjeon-Cailliet, S. ,2011).
  La régulation tonique vise, par la relaxation et l'accompagnement relationnel, une action sur les aspects émotionnels associés à la chute. Ainsi, l'aspect tonico-émotionnel relie ce relâchement avec une baisse des appréhensions et du sentiment de peur.

- **Stimulation de la sensorialité.** On cherche à améliorer les perceptions sensorielles qui sont liées à l'équilibration : les sensations tactiles, proprioceptives et vestibulaires. Cela vise notamment à la compensation des capacités visuelles (Guitard, Basse et Albaret, 2005).
  La sensibilité tactile va pouvoir être stimulée par des auto-massages au niveau des pieds, à l'aide d'objets comme des balles (Ruvira, 2017). La proprioception se fera par le mouvement et la mobilisation des différents segments corporels. Les sensations vestibulaires seront travaillées par des rotations impliquant des mouvements de l'axe corporel et de la tête (Ruvira, 2017).

Nous rajoutons, selon les travaux de Ponton (2011), les appuis visuels qui constituent des prises de repères toujours valables chez les personnes n'ayant pas d'atteinte de la vision.

- **La stimulation des ressources attentionnelles et exécutives**. Innocent Mutel (2015) propose également de réaliser des situations couplant tâche cognitive et motrice. On peut s'inspirer de l'observation proposé dans le rapport de l'HAS. Il faut ainsi parler à une personne pendant qu'elle marche. Cette tâche peut être aussi travaillée par la réalisation de mouvements associés à la respiration.

- **L'acquisition de réactions pare-chutes et le relever du sol.** Les réactions pare-chutes sont en lien avec la conscience du corps et la sensation d'équilibre. Les exercices vont alors s'axer sur la mobilité et l'amplitude. La précision des membres supérieurs est également associée à cet axe de travail (Ribadier et Sainjeon-Cailliet, 2011). Pour Geneviève Ponton (2011), l'accompagnement des personnes âgées dans les appuis et les situations de relever du sol permettrait une diminution de la crainte du sol. Le psychomotricien peut donc amener les sujets au sol, sur des tapis, pour ensuite effectuer des retournements bassin/épaules, une prise d'appuis au sol et d'appuis visuels.

- **Une diminution de la peur de la chute**. L'expérimentation des sensations corporelles liées à l'équilibre devra être orientée vers la réassurance du sujet. (Ruvira, 2017) Dans ce cadre, la verbalisation est essentielle pour la gestion du stress que peut avoir généré la chute. Elle permet aux personnes âgées en groupe de partager les difficultés et les émotions associées aux séances. Cela participe à la notion de reconstruction et de conservation de l'identité (Ribadier et Sainjeon-Cailliet, 2011). Geneviève Ponton (2010) propose également un travail sur la respiration dans le cadre de la reconstruction d'un sentiment de sécurité.

- **Enrichissement du schéma corporel** :Les exercices sont effectués en lien avec la proprioception et la kinesthésie. Le travail des appuis, des limites, des possibilités, de l'axe et de la verticalité y est associé. (Ribadier et Sainjeon-

Cailliet, 2011). Le psychomotricien peut appuyer les exercices de description du corps pour conserver ou enrichir la somatognosie. Les mouvements sont proposés avec l'idée de soutenir une implication du corps et un travail sur le schéma corporel, notamment la latéralité, dans l'espace réel (Cerioli, 2014).
Le mécanisme d'imitation en lui-même, avec l'observation de l'autre, fait appel aux neurones miroirs directement en lien avec le schéma corporel (Morin, 2013).

- **favoriser un ressenti corporel bénéfique.** Le psychomotricien amène à la reformulation des ressentis corporels pour enrichir la représentation corporelle (Ruvira, 2017). L'accent est également mis sur l'idée de plaisir du mouvement et d'une satisfaction associée au renforcement positif de l'image du corps.

Les objectifs de la médiation se centrent sur un aspect préventif primaire et secondaire. Dans ce cadre, l'objectif de notre médiation sera ciblé sur le fait de prévenir la chute ou l'éventualité d'une nouvelle chute et la restauration d'une confiance en soi. (Ruvira, 2017)

2.3.3 La prise en charge groupale.

Laffont (2014) fait référence à Kurt Lewin, psychologue, qui conçoit un groupe comme une réalité irréductible à la somme de ses membres. En effet, le groupe est assimilé à un système d'interdépendance entre les individus et des mécanismes propres au groupe.

Catherine Potel (2010) décrit le groupe à médiation corporelle comme un lieu d'expression et de mise en scène ou chacun va « jouer sa place » de par sa relation à l'autre et son sentiment d'existence au sein du groupe. Elle souligne que les difficultés de chacun prennent une résonance particulière du fait qu'elle implique des réponses du thérapeute et des autres participants. Les réponses proposées vont avoir selon elle un effet de réverbération multiple du comportement du sujet.
En psychomotricité, l'espace du groupe va ainsi permettre de travailler sur des situations avec le corps comme moyen d'expression. Les mises en situation s'apparentent à un jeu dans un sens winnicottien. Cela correspond à des actions

permettant d'amener des éléments de soi dans une interaction à l'autre (Laffont, 2014) C'est dans cet échange que s'effectue le travail thérapeutique.

Innocent Mutel souligne que la prévention des chutes a tendance à se pratiquer en groupe et cette proposition peut être recommandée pour des personnes ne souffrant pas d'un syndrome post-chute de forte intensité et restant autonome dans la marche. (Ruvira,2017)
Le groupe a également un effet stimulant pour des personnes peu motivée par l'idée d'une activité physique ou ne se mobilisant pas en prise en charge individuelle. (Innocent Mutel, 2015)

Pour Ribadier et Sainjeon-Cailliet (2011), une prise en charge groupale a plusieurs intérêts en ce qui concerne l'identité pour les personnes âgées chuteuses. Cela leur permet de se comparer, de se confier et de se sentir moins isolé face au traumatisme de la chute. Dans ce cadre, une prise en charge collective donne l'occasion de remettre en perspective cet événement.
Les personnes peuvent ainsi se sentir moins honteuses et isolées, d'autres peuvent comprendre leur vécu. Cela peut dès lors contribuer à une revalorisation, un soutien de l'estime personnelle et une renarcissisation. L'individu passe alors par l'idée d'une identité collective puis de sujet actif.

2.4 La médiation en psychomotricité.

Pour Françoise Giromini « Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui ; il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage. » (Giromini, 2012) Ce dernier point est essentiel. La médiation Qi gong n'aura pas pour but d'apprendre la réalisation d'enchaînements codifiés mais de servir de médiateur pour notre travail avec les résidents sur nos objectifs psychomoteurs.

Giromini (2012) souligne trois principes que nous prendrons en compte dans notre approche .
Le premier point est la conscience corporelle. Elle est constituée par les éléments psychomoteurs connus – tonus, posture, latéralité, espace et temps, schéma corporel et image du corps – et ne se suffit pas à elle-même. Elle va s'éprouver dans les expériences et interactions avec autrui. L'autre étant considéré comme le même, une « fonction miroir » se met en place et permet le dialogue tonico-émotionnel. Dans notre médiation, cette fonction miroir est essentielle du fait de l'imitation de postures.

Le second point est une notion d'étayage corporel et psychique. C'est ce qu'apporte le psychomotricien par « l'étude sur soi de la sensorialité, des structures psychocorporelles, la découverte des liens qui s'établissent entre elles et l'influence du monde extérieur ». Cela vise à « conscientiser le sentiment d'existence de soi ».
Cette idée a été fondamentale dans mes réflexions concernant la structuration des séances.

Le dernier point est le sentiment d'identité qui se construit dans la conscience d'autrui. L'imitation passe par la reproduction du mouvement d'autrui, de sa mimique, de son attitude et des émotions. Cependant, elle n'est jamais fidèle à l'original , il y a un « décalage structurel ». Sur cette distanciation du moi et de l'autre se construit la notion d'identité. Le psychomotricien doit avoir cela à l'esprit car la médiation fait resurgir cette notion chez les participants. Il faut alors savoir l'accompagner.

Parmi les différentes médiations, il nous paraît important de situer le Qi gong. Marceau Chenault la situe comme une « technique de conscience du corps » (Chenault, 2013), en lien avec nos réflexions précédentes. On retrouvera logiquement sous cette dénomination de nombreuses pratiques déjà utilisées comme médiation en psychomotricité. Nous n'en ferons pas une liste exhaustive mais nous tenons à souligner celles qui ont pu nous servir de toile de fond : L'eutonie (Gerda Alexander), la gymnastique douce (Choque et Quentin, 2007), le yoga (Ruvira, 2017) et les approches de relaxation.

III. Le Qi gong comme médiation psychomotrice.

Nous allons dans cette partie présenter le Qi gong pour situer cette pratique et souligner l'intérêt à l'utiliser en tant que médiation psychomotrice.

Après une définition succincte, nous ferons un tour d'horizon de la pratique. Nous déroulerons brièvement son histoire en Chine jusqu'à son arrivée en occident. Nous expliciterons également la diversité des pratiques se retrouvant sous le terme de Qi gong. Enfin, nous nous intéresserons aux représentations du corps spécifique et les liens avec les réflexions en psychomotricité.

3.1 Présentation et définition du Qi gong.

Le terme de Qi gong peut être orthographié de différentes façons en Français : *Qi Gong*, *Chi Gong* ou *Chi Kong*. On l'écrit *qìgōng* en Pinyin et *Ch'i kung* selon le système Wade.

L'expression "Qi gong" est composé de deux termes. Qi (chinois traditionnel : 氣) signifie le souffle et Gong (chinois traditionnel : 功) : l'exercice ou le travail.
La notion de Qi est traduite comme "souffle" mais se réfère à la notion de circulation d'énergie dans le corps humain. Ainsi, "Le "Qi" serait cette énergie qui circulerait dans tout le corps humain et qui aurait comme origine les aliments et le cosmos (énergie acquise), le corps (énergie innée)." (Gaudry, 1996)

Pour Catherine Despeux, la plus ancienne utilisation de l'expression est trouvée sous la dynastie des Tang (619 - 910). Le Qi gong est alors synonyme de "procédés du souffle" et se réfère à "des techniques employant à la fois le souffle externe dans les techniques de respiration, et le souffle interne dans divers procédés de visualisation et de concentration". Plus tard, sous les Song (960 - 1276), le terme se rapporterait plus à "l'efficience des souffles" (Despeux, 2011). Aujourd'hui, on parle de Qi gong pour se référer à une gymnastique chinoise qualifiée millénaire (Gorgy, 1996).

3.2 Représentation du corps dans le Taoïsme.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons principalement aux représentations du corps dans la médecine chinoise et dans le Taoïsme, la première étant indivisible du second. Les représentations du corps sont peu nombreuses avant la dynastie des Song (960 et 1279). Ainsi on ne trouve que la bannière de Ma Wang dui, que nous avons déjà mentionnée, et quelques inscriptions de cartes. (Despeux, 2012)

Lorsqu'on aborde la médecine chinoise, on note plusieurs éléments distinctifs. Premièrement, on trouve les méridiens, connus à travers les planches d'acupuncture, comme étant des vaisseaux de circulation du Qi. De ceux-ci découlent les disciplines thérapeutiques de l'acupuncture, du Tuina (massage chinois) et du Qi gong. Ces méridiens forment un maillage de points sensibles qui permettrait d'agir sur le corps et sur le psychisme.
Nous n'utiliserons pas spécifiquement les méridiens durant la médiation. Notre travail d'approche est avant tout psychomoteur et s'oriente donc à utiliser le Qi gong suivant les liens avec des items psychomoteurs.
Cependant, nous resterons attentifs à certaines cohérences. Tout d'abord celle des trajets des méridiens avec la dynamique tendino-musculaire. Cela peut être relié aux sensations corporels associés pour le pratiquant.
Nous prendrons également en compte la recherche d'une répartition harmonieuse des forces associées à ces trajets.

Ceci nous amène à la seconde particularité où la médecine chinoise se réfère à l'existence de conscience des organes et pas uniquement d'un fonctionnement mental sectorisé au niveau de l'encéphale. Ainsi, le corps et l'esprit sont indissociables, les mouvements psychiques étant associés à l'influence des organes. (Eric Marié, 2008)
Les recherches scientifiques et médicales actuelles ne nous permettent pas de prendre en compte toutes ces notions. Cependant, ces éléments concourent à établir certains liens avec l'idée du corps et de l'esprit indissociables. En ce sens, c'est une conception reliée à l'approche psychomotrice.

Le Taoïsme est une philosophie et une religion basée sur la nature. Dans cette optique, le corps de l'homme est vu comme un microcosme à l'image du macrocosme. Ses fonctionnements sont similaires, le corps est ainsi fait de rivières (les vaisseaux sanguins), de roches et de montagnes (les parties osseuses). (Despeux, 2012). Dans les pratiques de l'« alchimie interne », le corps est aussi vu comme un laboratoire où les manipulations sont effectuées avec l'esprit par des visualisations. Dans ce cadre, encore une fois, corps et esprit concourent au même but. L'approche corporelle est dans ce cadre indissociable de la notion de l'imaginaire.

Les mouvements des arts martiaux et les mouvements de Qi gong sont souvent basés sur l'imitation d'animaux et quelquefois d'activités humaines. Cela implique dès lors des descriptions imagées du corps, des postures et des mouvements. L'imaginaire est donc très présent au cours de la pratique et fait le lien avec les pratiques d'expression corporelle.

Tout ceci nous permet d'envisager en psychomotricité des liens avec la conscience du corps passant par l'association des sensations à des supports de représentation.
Notre prise de position est alors soutenue par un intérêt au niveau thérapeutique. En effet, en utilisant un langage imagé adaptable et adapté, le psychomotricien travaille sur deux aspects. Le premier est la symbolisation, c'est-à-dire l'acte de transformer le sensoriel et le corporel en représentations psychiques (Tisseron, 2003). Le second aspect plus à l'inverse est de partir de représentation imagée pour réinvestir le corps. Cela implique la prise en compte dans notre médiation le travail de deux notions. La première est l'imagerie visuelle, c'est-à-dire la capacité à voir ou se voir en image mentale. La seconde est l'imagerie kinesthésique, l'évocation de la sensation du mouvement. (Souriac-Poirier, Thon & Cadopi, 2008)

3.4 Histoire du Qi gong.

Les pratiques du Qi gong moderne prennent leurs racines de différentes sources mêlant mythes et documents historiques. Néanmoins, présenter un aperçu de l'histoire de ces pratiques nous permettra de mieux cerner leurs expressions actuelles.

3.4.1 De l'antiquité au Xème siècle

Pour Chenault, l'origine du Qi gong se mêle à l'apparition des premiers textes historiques de médecine chinoise datant du 3ème siècle avant J.C. Les pratiquants de Qi gong se réfèrent au *Nei Jing Su Wen* qui est un texte historique, fondateur de la médecine chinoise, attribué à l'empereur jaune *Huang Di* (environ - 2600) . On trouve dans ce texte les premières descriptions des « exercices de longue vie » (Chenault, 2010).

En 1973, des archéologues chinois découvrent dans les tombes de la dynastie Han des ouvrages anciens en tissu datant du second siècle avant notre ère. Inscrits sur ce que l'on nomme la "bannière de Ma wang Dui", on découvre les dessins de 44 personnages dans différentes positions gymniques que l'on appelle les figures du dao yin (dăoyĭn).

Nous trouvons ensuite au deuxième siècle de notre ère le "jeu des 5 animaux" (wu qin xi), attribué à un médecin dénommé Hua Tuo (110–207). Ils constituent cinq mouvements mimant les attitudes de cinq animaux (ours, tigre, cerf, singe et grue) associés traditionnellement à un élément de la médecine chinoise.

Au IIIème siècle les écrits de Xi Kang (223 - 262) qui « aurait développé un concept combinant l'hygiène, la gymnastique, le massage, les techniques de respiration, la diététique et les règles de vie » (Berghmans, 2009). Pour Berghmans, le Qi gong moderne s'inspire de cet auteur.

Enfin, entre le Vème et le Xème siècle, Bodhidharma, un moine bouddhiste indien, développe le "Classique de la purification des moelles et des tendons" (Yi ji jing). Les

enchaînements sont composés d'étirements des muscles et tendons destinés aux moines pour leur permettre de conserver la santé (*ibid, 2009*).

3.4.2 Du Xème à la première moitié du XXème siècle.

Dans un ouvrage intitulé « dix documents pour la culture de la perfection » daté de 1250, on découvre l'enchaînement des « ba dua Jin » traduit en français par « les 8 pièces de brocart ». (Despeux, 2011)

Dans l'ouvrage "la moelle du Phénix Rouge" (*ibid*, 2011), datant du XVIème siècle, on peut trouver des textes expliquant la pratique de dix Qi gongs. On y trouve ainsi plusieurs pratiques concernant les sons, la visualisation, la respiration, des mouvements gymniques, le Qi gong des 5 animaux de Hua Tuo, l'enchaînement des "8 pièces de brocarts" (réalisé en position assise) et les 12 douze exercices en position couchée.
Nous nous inspirerons en partie des mouvements présentés dans cet ouvrage pour une partie de notre médiation.

Au XVIIIème siècle, le père Jésuite Jean Joseph Amiot (1718-1793) découvre le Qi gong en Chine et en donne l'illustration de postures dans son ouvrage "Notice du Cong-fou des Bonzes Tao-Sée" paru à Paris en 1779. C'est le début de l'importation des pratiques et connaissances Taoïstes en France. (Berghmans, 2009)

3.4.3 De la seconde moitié du XXème siècle à nos jours.

On voit les prémices de l'histoire contemporaine du Qi gong dès 1934 avec la parution en Chine d'un ouvrage de Dong Hao intitulé « méthode spécifique pour la tuberculose : le Qi gong » (Despeux, 2011)

Mais la concrétisation moderne débute en 1945 avec la reconnaissance officielle de l'intérêt thérapeutique du Qi gong par le gouvernement chinois. Le statut de ces pratiques passe d'un contexte religieux pour passer dans celui d'une quasi-scientificité (Despeux, 2011).

L'histoire contemporaine est marquée par l'adoption officielle du terme « qi gong » par le gouvernement chinois en 1949. Pour Palmer, c'est Liu Guizhen qui définit à cette période le Qi gong comme une pratique liant le corps, l'esprit et la respiration. Par cela, il a établit une norme qui influencera toutes les recherches futures sur cette discipline. (Palmer, 2007)

La révolution culturelle (1966 - 1976) amène le discrédit sur Liu Guizhen et ses pratiques et les centres sont fermés (Palmer, 2007). Mais la transmission des différentes pratiques continue à se faire sous couvert de clandestinité.

Dans les années 70, Guo Lin clame s'être guérie du cancer par ces méthodes. Elle l'enseigne en public et invente du coup la pratique de groupe du Qi gong dans les parcs de Pékin, réunissant de nombreuses personnes âgées (*ibid*, 2007). Dès lors, plusieurs encouragements à la pratique se font entendre du gouvernement central dès 1979.

Actuellement, le Qi gong en Chine est de fait divisé en deux pratiques. D'un côté on trouve l'approche thérapeutique dans les hôpitaux, et de l'autre un aspect hygiéniste pour la pratique dans les parcs.

Bien qu'il concerne tous les âges, la pratique dans les parcs prend en compte de nombreuses personnes âgées grâce à l'approche apportée par Guo Lin.
C'est ainsi que le Qi gong nous est apparu comme une médiation psychomotrice possible, pouvant être adaptée et réalisée en groupe.

3.4.4 Le Qi gong en France actuellement.

L'intégration du Qi gong en France s'est faite sur trois plans : associatif, éducatif et thérapeutique.

Nous avons premièrement une apparition dans les années 80 via une pratique dans des associations. On note parmi elle, des groupes issues d'écoles chinoises comme par exemple Jing Wu. Mais devant l'académisation du Qi gong et une structuration

sous forme de fédération, d'autres courants non-compétitifs se sont formés, à l'image de l'association Tao Yin menée par Georges Charles.

Sur le plan éducatif, l'Education nationale l'intègre à l'éducation physique et sportive parmi les Activité Physique de Développement Personnel (APDP) au côté du Yoga et du taichi chuan (Chenault, 2008).

Au niveau thérapeutique, on a vu son apparition dans les hôpitaux en France. Ainsi, il y a l'initiative du « centre intégré de médecine chinoise » de la Pitié-Salpétrière à Paris. On trouve également des cours de Qi gong au CHU Pellegrin à Bordeaux.

En psychomotricité, on peut trouver également la parution de quelques travaux. Nous avons consulté l'ouvrage de Michel Personne intitulé « Taichi chuan et vieillissement » (Personne, 2014). Pour plus de clarté, nous expliciterons rapidement dans notre prochain chapitre les liens entre Qi gong et Taichi chuan.
Nous avons également consulté les articles de Olivier Gorgy sur le Qi gong publiés dans revue psychomotrice (Gorgy, 1996) et dans l'ouvrage « vieillissement et psychomotricité (Gorgy, 2001).
Enfin, nous avons trouvé un article de Gaudry (2015) dans l'ouvrage « arts martiaux et psychomotricité » où il expose la pratique de la « Gymnastique Intégrale Vietnamienne ». Celle-ci reprend les fondamentaux du Qi gong et Gaudry en souligne l'intérêt en terme de psychomotricité.

Tous ces éléments ont participé à nous conforter dans l'intérêt du Qi gong comme médiation psychomotrice.

3.4.5 La question de la reconnaissance médicale.

Le Rapport de l'Académie nationale de médecine de 2013 consacre son chapitre quatre au Taichi et au Qi gong (Bontoux, Couturier & Menkès, 2013).

La pratique du Taichi chuan est indiquée comme bénéfique dans le cadre de l'équilibre et la prévention des chutes chez les personnes âgées. Le rapport n'indique

cependant pas une supériorité face à d'autres exercices physiques. Le Taichi Chuan agirait plus spécifiquement en terme de « confiance en l'équilibre ».
La pratique du Qi gong est mise en rapport avec des effets sur la pression artérielle. Là aussi, un effet réel est constaté mais de même niveau que d'autres modalités d'exercice physique.

Il existe de nombreuses publications concernant des recherches sur l'aspect médical du Qi gong et son action sur différentes pathologies. Nous connaissons l'important nombre de ces recherches. Cependant, nous estimons que cet aspect est un thème de recherche à part entière, très étendu et qui nous éloignerait de notre sujet initial. Nous choisissons donc ne pas l'aborder dans ce mémoire de psychomotricité portant sur la prévention des chutes et la conscience corporelle.

3.5 Diversité des pratiques associées au Qi gong.

Pour Olivier Gorgy (1996), le Qi gong se développa dans la culture chinoise sous quatre approches. Chacune met en avant une spécificité dans la diversité des pratiques que l'on peut associer au Qi gong :

La première est son utilisation dans un cadre de santé pour le traitement des maladies. C'est d'actualité comme nous avons le voir au chapitre précédent concernant les recherches médicales effectuées.

La seconde approche est confucianiste. C'est une doctrine sociale qui souligne l'importance de rendre l'individu apte à exercer sa fonction dans la société. On peut rapprocher cela à notre époque de l'idée de prévention et de rééducation. Par exemple, on retrouve actuellement l'expérimentation de l'utilisation du Qi gong dans le cadre d'une rééducation et réadaptation cardiovasculaire où « le soignant par son choix d'activités peut favoriser la confiance du patient donc permettre le maintien de certaines habitudes de vie. » (Racodon et Masson, 2017). Une étude de Racodon (2016) montre que la pratique du Qi Gong chez les patients cardiaques âgés a permis d'augmenter l'observance de l'activité physique quatre années après la rééducation.

La troisième est l'approche bouddhiste. Ce courant religieux, présent en Inde et dans toute l'Asie, utilise une forme héritée des pratiques de yoga indiennes constituant une assise immobile (traditionnellement en lotus). Dans ce cadre, les pratiquants visent un état de conscience psycho-corporel particulier désigné sous le terme "d'éveil". Bien qu'il y ait des différences légères d'un courant bouddhiste à un autre, on observe globalement les mêmes instructions et pratiques.
De nos jours, la méditation bouddhiste intègre la médecine et la psychiatrie sous la forme de la pratique de la *pleine conscience* (*Mindfulness* en anglais). Elle fait son apparition aux Etats-Unis avec, dès 1975, par ses travaux, Jack Kornfield, importe la méditation de type Vipassana en la dépouillant de ses artefacts religieux et en la couplant aux besoins d'une psychothérapie (Garnoussi, 2011). En France, elle est démocratisée par Christophe André, psychiatre à l'hôpital St Anne à Paris, dans le cadre de l'approche thérapeutique de la dépression.

La quatrième approche est associée au courant Taoïste. A l'instar du Bouddhisme, celui-ci se voit être une approche philosophique et religieuse. Historiquement, les pratiquants s'orientent vers une recherche d'harmonie avec la nature et l'univers et également une quête de l'immortalité. Cela a donné lieu à un corpus important de pratiques, toutes tournées vers un travail du souffle et de l'énergie et par la suite au Qi gong en lui-même. On trouve ainsi des techniques associées au développement spirituel comme la méditation et la contemplation (alchimie interne), des approches martiales (les différents Kung fu, le Taichi Chuan), des approches thérapeutiques et de conservation de la santé (Qi gong thérapeutique, Taichi chuan également). Ce sont ces dernières qui ont majoritairement été admises par le gouvernement chinois et exportées.

Nous tenons à éclaircir la place du Taichi chuan vis-à-vis du Qi gong. Souvent dissociés en Occident, il nous apparaît peu évident d'établir une scission. Le Taichi Chuan est composé d'éléments similaires au Qi gong : des mouvements lents destinés à la régulation du souffle. Il peut être pratiqué dans un but martial mais inclut de façon intrinsèque une approche de santé.
Nous insistons dès lors sur le fait que nous n'établissons qu'une différence majeure : le Taichi Chuan est associé à l'apprentissage d'une forme codifiée dynamique, alors que le Qi gong se réfère généralement à des enchaînements statiques avec quelques marches codifiées.

Ainsi un entraînement de Taichi Chuan va comporter des exercices de Qi gong et une séance de Qi gong peut être faite avec des exercices d'échauffement de Taichi chuan.

Dès lors qu'un exercice soit d'intérêt pour la prévention des chutes, nous incluons librement dans notre médiation ceux provenant d'une pratique ou de l'autre.

Le Qi gong n'est cependant pas seulement un corpus de pratiques. Comme nous venons de le voir, il est ancré culturellement. Dès lors son utilisation comme médiation psychomotrice nécessite de souligner un rapport au corps particulier.

3.6 Adaptation du Qi gong à la psychomotricité.

L'utilisation du Qi gong dans le cadre de la psychomotricité nécessite une analyse des postures avec une grille de lecture particulière. Les objectifs de la médiation ne vont ainsi pas être orientés sur des approches comme la circulation du Qi ou des effets sur la santé. L'intérêt de ce mémoire et de la mise en œuvre d'une médiation a donc été d'analyser les mouvements et postures en termes d'intérêts psychomoteurs et d'effet sur la prévention des chutes.

Comme nous l'avons vu précédemment, en Chine, c'est une pratique tout à fait applicable aux personnes âgées. Bien qu'elle soit associée au maintien d'une bonne santé, elle semble a priori correspondre aux différents aspects de la prévention des chutes : la conservation d'une activité, le renforcement musculaire, la stimulation des capacités motrices et cognitives, la perception et la conscience de son corps.
La répétition des mouvements va ainsi permettre au fil des séances une intégration corporelle et une prise de conscience des différents éléments : mouvement, équilibre, respiration, changements du tonus. Il va également y avoir une adaptation et une personnalisation suivant les compétences et les besoins de chacun.

C'est une pratique que l'on peut qualifier de psycho-corporelle. Chaque mouvement possède une ambiance particulière par l'association d'une attitude, d'une intention et de la respiration. En essayant de comprendre celles-ci en termes psychomoteurs, nous avons pris conscience qu'il était possible de justifier les raisons de tels

mouvements. Cela facilite la possibilité d'intégrer le Qi gong dans une approche psychomotrice.

Nous avons sélectionner une forme de Qi gong connue intitulée « les 8 pièces de brocarts » pour plusieurs raisons.
La première étant la connaissance pratique de cet enchaînement. Le psychomotricien doit être à l'aise durant la médiation pour accompagner de façon optimale les participants.
La seconde est l'existence historique de cette forme, se pratiquant généralement debout, mais également vraisemblablement de façon assise. En effet, Catherine Despeux propose dans sa traduction du Qi gong de Zhou Lüjing (Despeux, 2011) des éléments de *Dao Yin* (gymnastique et étirement) des huit pièces de brocarts. Bien que les positions puissent différer, le titre ne prête pas à confusion concernant le lien avec les formes actuelles pratiquées debout. Ce point est crucial car notre médiation amène les participants d'une pratique assise vers une pratique en orthostatisme.

Dans le cadre d'une adaptation à la prévention des chutes, il nous a paru également nécessaire d'utiliser des exercices provenant des échauffements préliminaires de notre forme de Taichi Chuan. Dans la pratique du « Kai Men Shi » (l'ouverture des portes de la pratique), on trouve ainsi la petite marche immobile (Annexe 2) qui met l'accent sur des transferts de poids d'une jambe sur l'autre. Ces exercices nous permettent ainsi de travailler sur l'équilibre en expérimentant les sensations corporelles, le maintien de l'équilibre et la conscience des appuis.

Les indications et explications du psychomotricien doivent être adaptées aux visées de la pratique et au public concerné. Il s'agit ici d'amener chacun vers des sensations corporelles et de les associer avec la notion d'équilibre et la réalisation d'actes quotidiens. On penser alors aux actions comme la marche, se lever ou s'asseoir d'une chaise, se retourner, prendre des repères visuels, sentir un déséquilibre. Ce n'est que dans ce sens que la médiation Qi gong respectera des visées psychomotrices.

Enfin, l'adaptation s'effectue également durant chaque séance avec une attention portée sur l'expressivité des participants en lien avec la verbalisation, le dialogue

tonico-émotionnel et un engagement corporel du psychomotricien (Ruvira, 2017). L'accent peut dès lors être mis sur un exercice plutôt qu'un autre en suivant un besoin, une douleur exprimée, l'attitude d'un résident ou des difficultés à un exercice.

IV. Un atelier Qi gong en EHPAD.

4.1 L'institution.

4.1.1 Présentation.

L'institution dans laquelle la médiation Qi gong est proposée est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui accueille une cinquantaine de résidents accueillis sont âgés de 74 et 104 ans.

A la découverte de la résidence en début de stage, nous avons rencontré une quinzaine de résidents intéressés par la proposition d'une médiation Qi gong dans le cadre de la prévention des chutes.

Le personnel de l'institution est composé d'une équipe médicale formée d'un médecin coordinateur. Les médecins traitants des résidents viennent régulièrement.
L'équipe paramédicale à temps complet est composée d'un binôme avec une infirmière coordinatrice et une seconde infirmière.
Les autres professionnels paramédicaux sont à temps partiel ou trois quarts temps sur la structure. Il y a une psychologue, une ergothérapeute et une psychomotricienne. Des kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès des patients.
Une animatrice est présente à temps plein pour proposer différentes activités aux résidents.

De nombreuses activités sont organisées pour les résidents. Elles peuvent avoir des objectifs de stimulation de l'activité, du maintien des capacités cognitives, des compétences motrices et de la motricité fine.

4.1.2 Place de la psychomotricité.

La fiche de poste de la psychomotricienne inclut la passation de bilans psychomoteurs ainsi que des prises en charge associées aux éléments

psychomoteurs : la régulation du tonus et des émotions, les repères spatio-temporels, le schéma corporel, la réappropriation posturo-motrice et l'accompagnement pour l'autonomie. Il est précisé que l'utilisation d'approches de rééducation psychomotrice et de toucher thérapeutique font partie de ses compétences.
Son poste l'implique également dans l'accompagnement des résidents dès leur entrée dans l'établissement, dans leur installation (repas thérapeutique et évaluation de l'autonomie pour la toilette) et lors de la fin de vie.
Elle participe aussi au suivi via les Projets d'Accompagnement Personnalisés. Ils ont lieu chaque année pour chacun des résidents afin d'établir leur besoins, la nécessité de prise en charge et les objectifs qui peuvent être associés.

Ma maître de stage propose à l'EHPAD aussi bien des prises en charge groupales que des séances individuelles. Les séances individuelles sont autour de la relaxation, de toucher thérapeutique, des bains relaxants. Son approche peut être diversifiée car la relation thérapeutique se fait dans un cadre individualisé, l'accompagnement nécessitant beaucoup d'adaptations.
En groupe, elle propose des ateliers de gym douce ainsi que d'expression corporelle. Quelques temps avant mon stage, elle a proposé un atelier de prévention des chutes orienté vers le rapport au sol. Les participants ont ainsi été amenés à s'allonger et se relever.

4.1.3 Attentes au niveau du projet d'établissement.

Le projet d'établissement actuel date de l'année 2015. Ma proposition d'un atelier Qi gong en tant que médiation psychomotrice s'inscrit de façon cohérente avec le projet. En effet, celui-ci met en avant comme objectif principal la prévention des chutes. De plus, il est dans la continuité de l'intervention proposée par ma maître de stage sur le rapport au sol.

4.2 Mise en place de l'atelier Qi gong.

4.2.1 Mise en place.

L'écriture d'un projet thérapeutique pour l'atelier Qi gong a également été l'occasion de préciser les objectifs associés à la médiation. Celui-ci est présenté en annexe (Annexe 1). Avec l'accord de la direction de l'institution et l'appui de notre maître de stage, l'atelier a pu se mettre en place.

La première rencontre avec différents résidents s'est effectuée en compagnie de ma maître de stage. J'ai pu ainsi avoir un nombre de personnes dont les indications correspondaient à la médiation de prévention des chutes que je proposais. Nous avons convenu avec chacun d'une entrevue puis de la passation d'un bilan psychomoteur.

Ma maître de stage avait déjà réalisé des bilans avec certains des résidents mais, sur son conseil, j'ai ré-effectué une passation pour chacun. Ceci permettait notamment d'avoir une évaluation la plus récente possible, dans la logique de changements pouvant s'opérer chez les personnes âgées en peu de temps.

4.2.2 Évaluations de début de médiation.

La prise en charge dans l'atelier Qi gong s'effectue avec un bilan psychomoteur et les éléments du TINETTI, du Get Up and Go ainsi que la réalisation du dessin du bonhomme. Le bilan se déroule en deux temps.
En premier lieu, il avait lieu dans la chambre avec un entretien et la passation de quelques items du bilan. Dans un second temps, la suite du bilan se déroulait en salle de rééducation corporelle avec la fin de passation des items.

En parallèle, une consultation du dossier du résident était réalisée pour établir un décompte et une analyse des chutes durant l'année en cours et passée (Innocent Mutel, 2015).

4.2.3 Les participants.

Après les bilans effectués, la médiation Qi gong a été proposée avec un premier groupe de participants. Celui-ci a débuté fin Novembre et les séances se sont poursuivies jusqu'à fin Avril. Il était constitué de six participants âgés de 76 à 90 ans avec une autonomie conservée (Groupe Iso-ressources entre 4 et 6). L'appellation par leur nom de famille ou leur prénom est une volonté de leur part (les noms et prénoms ont été changés pour respecter l'anonymat).

- Monsieur Renault, âgé de 76 ans, ancien professeur d'Education Physique et Sportive. Il est arrivé à l'EHPAD après une perte d'autonomie progressive. Il a eu de nombreuses chutes à son arrivée en lien avec un surdosage et une polymédication. Il souffre d'hypoacousie et d'idées délirantes apparaissant régulièrement. Il marche sans aide mais est fatigable et souffre d'une faiblesse du releveur du pied droit.
- Monsieur Convenant, âgé de 83 ans, ancien gendarme et pratiquant d'arts martiaux. Il a eu un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) 2 ans auparavant, à la suite duquel il a récupéré de nombreuses compétences motrices. Il marche avec une ou deux béquilles. Son attitude posturale durant la marche est en hyperextension. Depuis son AVC, une héminégligence gauche est également présente.
- Madame Temagou est une femme de 91 ans. Elle souffre d'insuffisance cardiaque. Elle n'a pas d'antécédent de chute et aucune aide pour la marche. Cependant, son regard concernant le vieillissement affecte sa confiance en elle et en ses capacités. Elle a peur de perdre rapidement ses compétences.
- Madame Lauthe a 85 ans. C'est une femme ayant fait une chute en Septembre 2017 avec fracture d'une vertèbre lombaire. Elle a récupéré de celle-ci et ne souffre pas de syndrome post-chute. Une prise en charge individuelle avait été réalisée avec la psychomotricienne. L'atelier s'inscrit donc dans une continuité via une prise en charge groupale.
- Dominique est une femme de 90 ans. Elle est arrivée à l'EHPAD suite à des chutes multiples. Elle marche à l'aide d'un rolator. Nous réaliserons une étude de cas la concernant dans le chapitre suivant portant sur la présentation de nos séances de Qi gong.
- Valérie est une femme de 85 ans. Elle marche sans aide mais son dossier indique deux chutes par an depuis son arrivée à l'EHPAD. L'équipe médical pronostique un début de démence à corps de Lewy.

L'atelier pour le second groupe débute fin Février et se poursuit jusqu'à mi Avril. Il ne se déroulera que sur six séances et devait être composé de quatre personnes. Cependant l'une des participantes ne pourra pas participer du fait d'une pneumonie et de complications. Le groupe est constitué de trois femmes :

- Hélène, une femme de 86 ans ayant eu un AVC en 2017 à la résidence. Peu de séquelles sont observées à sa suite mais son dossier indique un nombre de 42 chutes en lien avec l'AVC. Elle marche à l'aide d'une canne qu'elle oublie régulièrement, majorant les risques de chute.
- Mme Lasalle a 90 ans. Elle marche sans aide mais présente à l'observation une faible longueur de pas. Elle fait également une à deux chutes par an.
- Mme Bey est une femme de 92 ans. Ses capacités mnésiques ont diminué ses dernières années avec un MMS à 13. Cependant, elle est volontaire pour participer à l'atelier Qi gong. Elle marche à l'aide d'une cane et a fait 2 chutes l'année passée.

4.2.4 Temporalité.

Les ateliers ont lieu à raison d'une heure par semaine. Ils sont effectués le matin de 10h30 à 11h30 pour des raisons de disponibilité des résidents. Innocent Mutel (2015) précise que pour être efficace, il faudrait deux heures d'exercices de ce type par semaine. Cela n'a pas pu être mis en place vis à vis de mes jours de stages, mais les résidents participent également à d'autres activités semblables telles que le Yoga ou la gymnastique douce. Certains ont également des séances de kinésithérapie de une à deux heures par semaine.

Innocent Mutel précise indique une durée des séances entre dix et douze semaines minimum (Innocent Mutel, 2015). Notre médiation avec le premier groupe aura duré 16 semaines en tout, avec des absences individuelles montant jusqu'à trois ateliers.

La durée de l'atelier est d'une heure. Cela permet de travailler l'attention soutenue. Cela est d'autant plus vrai que la période de découverte des mouvements demande d'importantes ressources cognitives. Les participants ont aussi le temps de rentrer dans le rythme de la pratique.

La séance commence avant l'heure proprement dite. Cela permet si nécessaire de prévenir les résidents de l'heure et de leur indiquer que la séance est dans un certains temps si ils ne s'en souviennent pas. De même, pour les participants désorientés, cela permet un accompagnement à la salle, en même temps qu'une observation des transferts et de la marche pour le psychomotricien.

La temporalité de la séance s'inscrit également dans un changement de rythme. Les participants passent de celui de leur activités quotidiennes à un moment où ils expérimentent des mouvements lents. Les résidents passent par les couloirs de l'EHPAD où l'équipe des soignants et aide-soignants est souvent en effervescence à cette heure à une salle calme. Durant une heure, les mouvements vont être réalisés avec un rythme particulier. L'attention va être présente du fait des indications de l'exercice mais la régularité et la lenteur des gestes invitent au relâchement et à un état de relaxation.

4.2.5 Environnement.

La médiation a lieu dans la salle de rééducation corporelle, au rez-de-chaussée. C'est la pièce réservée aux activités en lien avec la psychomotricité principalement, et de façon secondaire aux activités de l'ergothérapeute. Il s'agit d'un lieu identifié aux activités corporelles.

La pièce est plutôt petite et peu adaptée. Cela implique des ajustements en terme de pratique mais également une attention particulière des participants à leur mouvements vis-à-vis de l'environnement proche. Ceci est intéressant concernant l'ajustement tonique, les mouvements dans l'espace et la prise de repères.

Les limitations dues à l'espace ont fortement influencé les exercices proposés. Ainsi, il n'a pas été possible de proposer des exercices comme des marches codifiées pour travailler l'équilibre dynamique.

4.2.6 Caractère évolutif de la médiation.

Les séances sont proposées avec une difficulté graduelle. A chaque atelier, les propositions sont individualisées en lien avec une évaluation subjective sur l'instant. Cela permet de faire évoluer les exercices, de maintenir l'attention, la découverte et re-découverte ainsi que l'intérêt et le plaisir des participants.

4.3 Déroulement des séances et objectifs.

Avant l'atelier

Comme certains participants souffrent de confusion spatiale et temporelle, il a fallu une organisation individualisée pour que chacun soit présent à l'heure indiquée. En amont de l'atelier, à l'occasion du bilan réalisé avant la médiation, j'ai ainsi donné à chacun un « pense-bête » pour les séances qui a été affiché dans leur chambre. Celui-ci a été réalisé dans un but de stimulation des repères temporels, des capacités mnésiques et cognitives en lien avec l'organisation.

Pour une résidente chez qui les repères temporels sont présents, je vais la prévenir une vingtaine de minutes en avance.
En ce qui concerne un autre résident, nous avons passé du temps où je lui ai indiqué les jours de la médiation pendant qu'il les notait sur son agenda.
Pour les résidents les plus désorientés temporellement ou spatialement, j'allais les chercher à leur chambre ou dans la résidence pour les prévenir puis les accompagner.

L'accueil

L'atelier Qi gong débute toujours par un court temps de prise de contact avec les résidents. Lorsqu'ils arrivent en avance, c'est l'occasion d'un temps de parole où l'on échange sur ce qu'il a pu se passer à l'EHPAD. Cela peut parfois amener à des réponses, à des éléments spécifiques comme la mise de son attelle pour Dominique lorsqu'elle l'a oublié dans sa chambre ou Monsieur Servant qui me montre un endroit douloureux au niveau des orteils.

Je veille également au placement de chaque participant. C'est une nécessité qui repose sur les compétences de chacun. L'espace doit alors être pensé par le psychomotricien en amont de la séance pour favoriser la pratique corporelle et éviter de mettre les participants en difficulté.

Il n'y a que peu de problématiques sensorielles liées à la vue chez les résidents participant à la médiation. Cependant, en ce qui concerne l'audition, l'un des participants souffrait d'hypoacousie et se concentrait alors plus sur l'observation. Il semble ainsi nécessaire de disposer les résidents dans des conditions optimales pour favoriser les compétences d'imitation. Les résidents ayant une baisse des capacités cognitives et une altération du schéma corporel pourraient être susceptibles d'avoir des difficultés dans la réversibilité et les aspects visuo-spatiaux. J'oriente donc préférentiellement les participants légèrement vers moi et place les résidents les plus en difficulté face à moi.

Pour favoriser un sentiment de confiance et de sécurité, une table est placée au centre du cercle formé par les participants. Elle leur permet de s'appuyer dans le cadre des exercices d'équilibre et de limiter une inhibition en lien avec la peur de la chute. En pratique, deux résidents sur les six utilisent la table comme appui.

Prise de conscience de la position assise et échauffements

Nous commençons chaque séance par des mouvements d'échauffement réalisés pour chaque articulation en position assise.

La première indication consiste en l'observation de sa posture. Le participant est amené à prendre conscience de celle-ci avec plusieurs indications. L'accent est mis sur la verticalité : le dos est-il collé au dossier de la chaise ou non ? Les plantes des pieds sont-elles collées au sol ? Sommes-nous droit ou penchés sur un côté ?

Nous étions particulièrement attentifs à l'observation d'éléments en lien avec posture en rétro-pulsion. Les participants pouvaient modifier leur posture eux-mêmes ou avec des indications et un accompagnement spécifique.

Ensuite, les échauffements s'intéressent à la mobilisation des articulations dans un but de stimulation sensorielle, de la proprioception et d'un travail sur le schéma corporel. En ce sens, dès qu'ils le peuvent, les participants sont amenés à accompagner une mobilisation en posant leur main sur l'articulation. Cela permet d'avoir un influx sensoriel et une information double : proprioceptive et tactile. Les indications verbales mettent également en avant les éléments corporels pour permettre de conserver ou d'enrichir la somatognosie.

Nous commençons par une cheville en levant le talon puis la pointe du pied, en effectuant une rotation. L'indication du côté droit ou gauche est spécifiée et peut être répétée au fil des articulations pour travailler les repères de latéralité.
Nous continuons par le genou avec des flexions et extensions de la jambe puis nous finissons par une mobilisation de la hanche.

L'échauffement des articulations des membres supérieurs s'effectue de la partie la plus distale à la plus proximale. Nous commençons par la rotation d'un poignet avec l'autre main posée sur l'articulation. Dans un second temps, nous passons à des flexions et extensions du coude, celui-ci reposant sur la paume de la main. Enfin, les participants sont invités à poser une main sur l'épaule si possible et à faire différents mouvements comme des rotations ou des mouvements d'élévation et d'abaissement. Les indications portent sur l'attention à l'alternance d'une contraction et d'un relâchement, le ressenti corporel et le mouvement de la respiration qui peut y être associé. Le psychomotricien peut verbaliser des manifestations tonico-émotionnelles en lien avec cette zone corporelle comme la surprise face à un événement imprévu.

L'échauffement se poursuit avec la mobilisation du cou par des flexions. Pour l'équipe de Cerioli (2013), le rachis cervical assure « le positionnement de la tête et donc des organes des sens par rapport au corps et à l'espace environnant » . La proprioception de cette zone est en lien avec la stabilité de la tête, associée à des éléments perceptifs importants dans le contrôle de l'équilibre : la vue et le vestibule.

Travail oculo-céphalogyre

Utilisé dans le Qi gong, il est également travaillé par les kinésithérapeutes. En effet, Bertsh et son équipe souligne que « au plan cognitif, l'avancée en âge se traduit par une baisse des performances ». Les dysfonctionnements impactent la perception visuelle, le suivi visuel des objets et beaucoup d'autres éléments (Bertsh, Lobjois, Maquestiaux et Al, 2005).

L'idée n'étant pas de faire une rééducation oculo-céphalogyre, seuls quelques mouvements verticaux et horizontaux sont réalisés. Les indications verbales mettent l'accent sur l'importance de cette mobilité dans la prise de repères visuels dans son espace.
Cet exercice permet également d'introduire l'idée de cligner et de fermer les yeux.

Cette dernière action n'est pas aisée pour toute les personnes et joue sur la confiance en soi.

Auto-massages et massages

Nous commençons les auto-massages par le visage, le cou et les épaules. Le visage est réalisé dans une dimension identitaire et met l'accent sur le « prendre soin de soi ». Les participants prennent également conscience des tensions musculaires en lien avec la mâchoire (le muscle Masseter par exemple). Nous continuons ensuite par des percussions et des frottements des membres supérieurs. Les mains sont massées à l'aide du pouce posé au centre de la paume puis promené sur toute la surface de celle-ci. Les doigts sont légèrement tirés. Geneviève Ponton (2011) explique que « nous prenons conscience de l'importance en gériatrie des soins apportés aux extrémités des membres et au visage pour investir l'espace de la relation »

La dernière partie des auto-massages s'effectue sur les hanches avec des percussions et continue avec un ratissage des muscles des cuisses. Des frottements sont effectués au niveau des genoux tout autour de la rotule ou patella. A plusieurs séances, je propose un massage similaire aux chevilles pendant une minute ou deux pour les participants. Les genoux et les chevilles sont particulièrement atteints par une perte de sensibilité en terme de proprioception, avec un impact sur l'équilibre.

Mouvement dans les 5 directions

Ce mouvement est un étirement des membres. La cinquième direction est symbolisée par la tête et toutes les directions sont reliées au centre (nombril ou centre de gravité). L'étirement participe à l'uniformisation des sensations corporelles : proprioceptives par les échauffements articulaires, tactiles et intéroceptifs par les auto-massages. On peut retrouver ce mouvement dans les illustrations de Geneviève Ponton pour qui la proprioception et la sensation tactile ont également une fonction identitaire (Ponton, 2011). Cela finalise ainsi la première partie.

Se lever

Pour la seconde partie, les participants se lèvent. C'est l'occasion de regarder leur stratégie et leur équilibre dans la réalisation de ce mouvement. L'indication de

prendre son temps pour se lever est faite au préalable. Une fois debout, chacun est invité à observer sa posture, sentir son équilibre et bouger si nécessaire.

Exercices d'équilibre – la petite marche et tourner le ballon

Les exercices en orthostatisme consistent en des transfert de poids sur une jambe puis l'autre, les pieds restant collés au sol. Les premiers temps, les participants peuvent réaliser des mouvements des épaules pour essayer de réaliser le transfert. Une indication peut être la possibilité de mettre les mains sur les hanches pour centrer son attention et l'intention du mouvement sur cette articulation. En effet, c'est le développement de la proprioception de la hanche qui va être stimulé prioritairement pour permettre de compenser la perte de sensation des genoux et des chevilles (Personne, 2011)

Ensuite, les participants sont amenés à bouger les bras « comme des algues ». Ils vont ainsi lever et baisser les membres supérieurs en accord avec le transfert de poids. Lorsque le poids est amené sur la jambe droite, le bras droit se lève pendant que le gauche s'abaisse, puis inversement.
Les exercices sont centrés sur les sensations d'équilibre et la limite de celui-ci. Les participants sont soutenus par des indications, des accompagnements et un soutien corporel si nécessaire.

Les objectifs sont multiples. Les exercices travaillent la notion d'équilibre statique et affinent la conscience corporelle et l'attention aux sensations. Cela permet également la construction d'un sentiment de confiance en soi et en ses capacités, ceci dans le cadre de la peur de la chute.
Pour Bernard et Personne, les exercices de ce type, associés au Taichi chuan, « stimulent la formation osseuse et renforcent les muscles de soutien. Ils améliorent les informations proprioceptives provenant de la hanche, en compensation de l'affaiblissement des informations kinesthésiques provenant de la cheville ou du genou. Ils limitent le vieillissement sensori-moteur. » (Bernard, & Personne, 2014)
De plus, ces exercices de transferts de poids sont en lien avec les indications de Guitard (2005) concernant les besoins d'une « adaptation posturale à des modifications de l'environnement par anticipation des modifications internes (dont diminution du polygone de sustentation) par transfert des appuis ». Cela participe

ainsi à un « réapprentissage et automatisation des réflexes d'équilibration » (Guitard, 2005)

S'asseoir

La médiation s'effectue par l'alternance de positions debout et assise. Les participants sont invités à s'asseoir à leur rythme, en ayant soin de prendre des repères visuels et des appuis. Après observation, des indications peuvent être fournies, accompagnées de l'exemple.

Salutation du Bouddha

L'exercice travaille les coordinations des membres supérieurs. Les participants sont amenés à étendre les bras sur les côtés, les ramener vers l'axe central, puis les étendre en avant (annexe 4). La salutation est un exercice qui travaille la disponibilité des membres supérieurs, en lien avec des réactions parachutes, ainsi que l'appropriation de l'espace antérieur et des espaces latéraux.

Les serres de l'aigle

Cette exercice reprend une extension des membres supérieurs en ajoutant une contraction et décontraction répétée des mains. L'objectif est de stimuler la capacité à agripper, à attraper et à s'appuyer. En effet, les résidents en EHPAD vont avoir des aides à la marche comme des cannes, déambulateurs et rolators. Régulièrement, ils vont se servir des rambardes présentes dans l'établissement comme soutien et par sentiment de sécurité. Il est apparaît donc important qu'ils puissent être confiants dans leur capacités manuelles à se « raccrocher à quelque chose ».

Se lever

Les mêmes observations sont réalisées. Si des difficultés se répètent, le psychomotricien peut envisager un accompagnement individuel en fin de séance. Il est également possible de réitérer le fait de s'asseoir et se lever avec des indications pour le bénéfice du groupe.

Exercices d'équilibre – avancer et reculer

C'est également un exercice de transfert de poids, dans l'idée similaire au premier, mais s'effectuant d'avant en arrière. Les participants sont pieds parallèles et

doivent faire une oscillation volontaire pour amener le poids vers la pointe, puis vers le talon. L'objectif est orienté sur le ressenti de l'équilibre et de ses limites. Les mains peuvent être positionnées au niveau des hanches pour amener la conscience corporelle sur l'articulation.

L'exercice peut continuer sur plusieurs niveaux de difficulté, suivant les compétences et l'assurance de chacun.

1) Un pied peut être avancé, talon à hauteur de la pointe du pied arrière, largeur des hanches. Le transfert du poids se fait alors vers le pied avant puis arrière.

2) les membres supérieurs peuvent être associés aux transferts, légèrement tendus vers l'avant lorsque le poids est sur la jambe avant ; puis ramenés vers les hanches lorsque le poids est transféré sur le pied arrière. Ceci va majorer les sensations d'équilibre et de déséquilibre et travailler sur la confiance en soi.

3) L'indication de regarder devant soi, non le sol ou les pieds, est régulièrement proposée. Ce position du regard permet la prise de repères et une posture plus verticale en lien avec l'équilibre debout.

4) Pour les participants les plus compétents, on peut leur proposer de lever le talon arrière lorsque le poids est sur la jambe avant et la pointe du pied avant lorsque le poids se trouve sur la jambe arrière.

Cet exercice est appris les premières séances et le psychomotricien devra alors réaliser des indications de relâchement régulièrement. L'exercice peut être arrêté pour laisser les bras retomber sur le côté. Le psychomotricien peut indiquer d'essayer de porter l'attention sur la respiration durant le transfert.

Les niveaux de difficulté permettent de s'adapter aux compétences de chacun mais également de stimuler les notions de confiance en soi. Cela instaure une dynamique de progression qui stimule l'intérêt et une participation renouvelée.

S'asseoir

Le psychomotricien profitera des observations effectuées pour donner des indications, accompagner et montrer les éléments importants dans le mouvement réalisé pour s'asseoir.

Exercices de prise de conscience de la respiration

La fin de la partie concernant la préparation au Qi gong est l'occasion d'un temps de relaxation par la prise de conscience de la respiration. En suivant et prenant conscience de l'axe central vertical, les participants sont amenés à placer une main au niveau du nombril et l'autre au niveau de la poitrine. Ainsi, ils peuvent observer/écouter le soulèvement et l'abaissement des mains, constater si cela s'effectue plus au niveau thoracique ou abdominale. Dans un second temps, une proposition d'inspirations et d'expirations amples est faite. L'indication de fermer les yeux peut être réalisée pour accentuer l'idée de relaxation. Cela est réalisé dans le but d'une prise du conscience des mouvement internes par le développement d'une attention intéroceptive et une régulation du tonus.

La respiration est de fait un élément privilégié puisque c'est l'une des sources d'informations intéroceptives pouvant être modulée de façon volontaire (Farb, Segal & Anderson, 2013). Dans notre approche psychomotrice, cela peut dès lors permettre de travailler sur la représentation et la réappropriation de son corps.

Les huit pièces de brocart

Le Qi gong est réalisé durant 7 séances en position assise pour permettre l'intégration des différents mouvements. Après cela, leur réalisation s'effectue pour une partie debout, en tendant à la fin de la médiation vers la réalisation des cinq premiers en orthostatisme.

Les différents mouvements sont associés aux huit pièces de brocart adaptées à une version assise. Les changements sont mineurs par rapport à la version originale debout. Les photos illustrant tous les mouvements assis sont présentées en annexe (annexe 3). Les postures debout pourront ainsi être retrouvées grâce aux descriptions.

Soutenir le ciel : La personne vient faire un ballon avec ses bras au niveau du ventre. Les bras sont ensuite levés pour soutenir le ciel, les poignets « cassés ». Ils reviennent ensuite sur les cuisses par un mouvement d'adduction.

L'accent est mis ici sur le rappel de l'axe vertical central avec un arrêt sur la zone correspondant au centre de gravité. La verticalité est rappelée par les mains remontant l'axe central, soutenue par la proprioception du fait de la mobilisation et l'étirement articulaire des membres supérieurs. La position debout renforce cette

ligne verticale plaçant le sujet entre ce que les pratiquants de Qi gong appellent la terre et le ciel.

Tirer à l'arc : La personne ouvre les pieds d'un espace un peu plus large que les hanches. Elle vient ensuite joindre les mains au niveau du sternum. Elle déploie le bras gauche devant elle et fait un « L » avec son pouce et index. Le bras est amené sur le côté gauche, le poignet « cassé ». La tête effectue également une rotation à gauche. Le bras droit vient se saisir d'une corde imaginaire que l'on étire jusqu'à ce que la main soit au niveau sternum. Enfin, les bras se relâchent et les mouvements sont réalisés à droite.

Ce mouvement débute avec un élargissement modéré du polygone de sustentation qui va contribuer au renforcement musculaire. L'augmentation de la sensation de stabilité peut être associée au travail d'un ressenti favorisant la confiance en soi.

On peut voir la mobilisation des membres supérieurs comme la réappropriation des espaces latéraux avec, encore ici, un étirement stimulant la proprioception.

Ce mouvement fait partie de ceux associés à l'action des membres supérieurs pour soutenir la marche en s'appuyant et s'accrochant aux éléments de l'environnement . On observe ainsi l'élargissement du polygone et l'action des membres supérieurs, l'un comme en protection, l'autre retrouvant l'axe central vertical.

Enfin, pour souligner nos réflexions, « tirer à l'arc » évoque également le réflexe archaïque de l'escrimeur ou tonique du cou chez le nourrisson.

Regarder derrière soi

Ce mouvement implique de mobiliser l'épaule gauche. Idéalement, il s'agit d'effectuer une élévation, une adduction et enfin un abaissement. La pratique simplifiée se limite à une adduction. Dans le même temps, la tête suit en venant regarder derrière en direction du sol. Épaule et tête reviennent vers l'avant dans le même temps. On passe ensuite au côté droit.

Cette séquence constitue un exercice de prise de repère dans l'espace, notamment dans le fait de s'asseoir avec le regard puis la prise d'un appui sur l'accoudoir d'une chaise par exemple. Les indications orales mettent en lien en soulignant l'importance de se retourner avant de s'asseoir (Ponton, 2010).

On travaille sur le maintien de l'équilibre lors d'un temps de rotation cervicale associée au mouvement de l'épaule. Elle vient mobiliser le trapèze et le rhomboïde et propose une mobilisation inverse aux tendances posturales voûtées que peuvent

avoir les personnes âgées. Elle favorise les sensations en lien avec la conscience corporelle de l'épaule, de l'omoplate et du dos.

Lever le bras

Les pieds sont de préférence joints. Les mains se joignent au niveau du sternum puis la main gauche s'élève au-dessus de la tête, paume vers le ciel. Dans le même temps, la main droite vient sur le côté droit, paume vers le sol. Les mains reviennent se joindre au niveau du sternum et on réalise le mouvement inverse.

La posture implique un travail de l'équilibre pieds joints, vu dans l'Examen Géronto-psychomoteur. Pour les sujets ayant des difficultés, la main orientée vers le sol peut servir de soutien, notamment sur la table mis à disposition au centre de la pièce. Le mouvement peut ainsi être adapté pour avoir un appui constant.

La main orientée vers le sol peut être vue comme l'appui d'une canne ou à celle d'une surface trouvée. La main orientée vers le ciel participe à la sensation verticale et à la conservation de cet axe dans la gestion de l'équilibre.

Le dragon tourne la tête

Les pieds sont positionnés un peu plus loin que la largeur des hanches. Les mains sont posées sur les rotules, le poids du corps déporté sur les bras, le buste vient vers l'avant. On vient ensuite tourner le tronc vers la gauche, puis vers la droite. La tête peut également amplifier la rotation. La personne revient dans l'axe et recommence du côté opposé.

Cet exercice vient réaliser une mobilisation du tronc et de l'axe vertébral, avec une rotation de la colonne au niveau thoracique et lombaire, accompagnée par la rotation au niveau cervicale. La position des pieds vient élargir le polygone de sustentation pour participer à un appui au sol lors de la posture debout. Ce mouvement est en lien le retournement par le bassin et l'épaule dont parle Geneviève Ponton (2010), mettant en jeu les chaînes musculaires reliant la ceinture pelvienne et scapulaire. Ce type de mouvement propose dans le même temps une stimulation du système vestibulaire (Innocent Mutel, 2015).

Se mettre sur la pointe des pieds

Cet exercice est réalisé en position assise durant la médiation. Il consiste à rester sur la pointe des pieds 3 à 5 secondes. Avec des personnes conservant cette compétence d'équilibre, il peut servir à travailler sur la sensation d'équilibre et de

déséquilibre, la conservation de l'axe vertical et la confiance en soi. En position assise, il participe au renforcement musculaire et à apporter les sensations au niveau musculaire et articulaire.

Faire les griffes du tigre

Les pieds sont écartés un peu plus que la largeur des hanches. Les mains viennent se positionner de chaque côté du tronc, à hauteur du nombril. La personne vient tendre le bras gauche, la main formant comme une griffe. L'indication consiste alors à contracter les muscles du bras dans cette position puis les relâcher en venant ramener la main à la hanche, ou en position assise poser la main sur la cuisse. On passe ensuite à l'autre côté.

A partir de la stabilité de l'élargissement du polygone, cette posture travaille la régulation tonique des membres supérieurs par l'alternance des contractions et des relâchements. Dans les réactions parachutes, la mobilité de la jambe pour élargir le polygone et retrouver une posture stable s'accompagne d'un recrutement tonique globale et notamment de l'action des membres supérieurs. On retrouve cette idée à travers ces mouvements réalisés en statique.

Déposer un ballon au sol

La personne mime de prendre un grand ballon entre ses bras et sa poitrine. En position assise, elle se penche en avant pour venir poser ses coudes sur les genoux. Le relâchement de la colonne vertébrale et du cou permet dans un second de temps d'aller mimer de poser le ballon au sol.

Ce mouvement implique l'étirement de la colonne vertébrale et travaille sur la souplesse au niveau du bassin. Se pencher en avant, vouloir ramasser quelque chose au sol est un élément pouvant engendrer une chute. Ces aspects du lien avec le sol sont travaillés dans ces mouvements. On peut y trouver l'amorce d'un travail au sol si on souhaitait poursuivre dans cette direction les séances de prévention des chutes.

Il y a également la notion d'un enroulement et déroulement de l'axe central. Geneviève Ponton (2010) aborde l'intérêt de tels mouvements. L'enroulement de la colonne propose une sensation d'unité corporelle.

Le redéploiement et le retour à la verticalité est à mettre en lien avec la conscience de l'axe vertical central.

Nous avons également proposé l'exercice avec un ballon réel pour moduler cet exercice. La personne fait alors rouler le ballon sur son corps en remontant. Cela permet une sensation corporelle de l'axe central vertical grâce au ballon (annexe 3).

Fin de séance

Un temps est pris à chaque fin de séance pour une verbalisation des ressentis et du vécu. Un manque du mot présent chez les participants nécessite un accompagnement par la proposition de termes plus spécifiques. Des questions sont également posées sur des éléments précis observés durant la séance. Ceci est réalisé en veillant à ne pas mettre la personne en difficulté.

Un temps individuel de cinq à dix minutes peut être pris après la séance pour revenir sur des éléments importants pour la personne. Cela a régulièrement été le cas pour des indications précises sur la marche et le fait de se lever et s'asseoir.

Éléments supplémentaires

Plusieurs éléments viennent border les mouvements proposés au fil de la séance. Ce sont des points essentiels de l'approche psychomotrice qui soulignent des éléments de conscience de soi et permettent une interaction constante.

Le langage durant la médiation :Nous veillons durant les séances à utiliser un vocabulaire accessible pour désigner les différentes parties du corps, auxquels nous pouvant ajouter des synonymes. Nous faisons appel à un langage spatial qui « mobilise à la fois l'attention et la mémoire » (Malmond, 2013. p, 24)

La respiration : Des indications sont ajoutées aux mouvements pour associer la respiration. Elles ne sont pas proposées durant les premières séances mais insérées au fur et à mesure. Elles accompagnent les participants les plus compétents vers une attention corporelle plus fine et la capacité d'une régulation tonique.

Le soutien corporel : Lors des mouvements, nous restons attentifs aux besoins de chacun. Pour les exercices d'équilibre, nous pouvons être amenés à un accompagnement corporel par un soutien physique. Le contact corporel va permettre un ajustement tonique et une réassurance.

Lors des échauffements, nous avons proposé plusieurs fois des massages. Cela permet de fournir aux personnes une stimulation sensorielle de certaines zones peu accessibles telles que les chevilles mais aussi les épaules, le dos, la nuque.

4.4 Participation de Dominique à la médiation Qi gong.

4.4.1 Anamnèse.

Dominique est une femme âgée de 90 ans arrivée à l'EHPAD en Mars 2017. Son entrée à la résidence s'est faite suite à des chutes de vélo répétées. Elle a ainsi eu le coude et la jambe cassés. Son récit de l'accident et de ses raisons minimise grandement les conséquences des chutes.

4.4.2 Première rencontre.

C'est une personne sociable et elle n'hésite pas à me raconter son passé. Elle dit venir d'un petit village et ne pas avoir déménagé de sa vie.

Lors de ma proposition, elle me confie ne pas apprécier tout ce qui se rapporte à une activité sportive comme la gymnastique mais elle veut bien essayer l'atelier proposé. Paradoxalement, elle me dit avoir pratiqué la gymnastique et beaucoup de vélo au cours de sa vie. J'estime possible que les chutes aient pu laisser l'empreinte d'un rapport au corps douloureux, bien que le souvenir évoqué n'exprime pas chez elle un traumatisme.

4.4.3 Bilan psychomoteur.

En ce qui concerne les **coordinations et l'équilibre**, la marche nécessite un déambulateur mais on observe une longueur de pas satisfaisante et un regard vers l'horizon. En équilibre statique, Dominique tient une position stable les pieds joints mais perd rapidement l'équilibre les yeux fermés. Lors de ce dernier exercice, elle ne s'arrête pas avant la perte d'équilibre et je dois la rattraper. Il est nécessaire de lui rappeler de ne pas se mettre en danger.

Le mouvement pour s'asseoir est peu assuré, elle se retrouve en déséquilibre pour arriver à réaliser l'action. Elle peut se mettre en difficulté du fait d'un manque de prise de repères dans l'espace. Elle peut avoir mal perçu l'éloignement de la chaise ou un décalage spatial. Ceci la met en position de chute, puisqu'elle risque de s'asseoir par terre.

Nous avons testé la **motricité fine** et les **praxies** dans le cadre d'un bilan complet. L'utilisation du stylo est possible même si cela ne semble pas une activité vers laquelle elle s'oriente. Cela dit, l'exercice nécessitant la manipulation de cubes ou les observations en atelier poterie montre une aisance manuelle.

Au niveau des **capacités mnésiques**, sa mémoire immédiate lui permet de mémoriser les mots et les restituer. Elle peut également décrire des situations vécues à l'EHPAD quelques jours plutôt et se souvient des résidents (mais pas de leur noms). Cependant, durant le test de mémoire perceptive de l'EGP, elle n'arrive pas à garder en mémoire les 4 positions montrées. Elle confirme les propositions faites pour le rappel sans grande conviction. Cela s'observe également lors de la demande de rappel des noms comme celui de l'établissement.

Pour le **schéma corporel**. La réalisation du dessin du bonhomme montre une silhouette dont le tronc est rectangulaire et les bras en branches. Cela donne dans le même temps un aspect robotique/mécanique et l'idée d'un corps fonctionnel. Elle me dit également dessiner un sourire pour le trait horizontal de la bouche.
Mais plusieurs remarques sur la coiffure et les couleurs des vêtements montrent une **image du corps** associée à un côté soigné mêlé à un esprit imaginatif.

Le **repérage temporel** est malaisé. Dominique se repère sur l'échelle d'une journée. Cependant, elle n'arrive pas à situer le jour de la semaine, le mois et l'année. Elle pense résider à l'EHPAD depuis 4 mois au lieu de 8.

Cela s'accompagne d'un manque de **repères spatiaux**. Il lui est impossible de donner la ville où se situe l'EHPAD. Cette absence de repère peut être mis en lien avec son histoire de vie car elle n'a pas beaucoup changé de villes.
Les repères sont absents également au sein de l'EHPAD. Elle n'est pas en mesure

de se souvenir du trajet pour aller de sa chambre à la salle à manger ou à la salle de rééducation corporelle.

Au niveau du **tonus**, la posture est voûtée mais Dominique reste dynamique lors des déplacements. Le port de la tête exprime une attitude alerte et attentive durant le bilan. Le relâchement volontaire s'accompagne de nombreuses paratonies et nécessite des indications verbales répétées pour être réalisé.

Concernant les **aspects relationnels**, Dominique est très à l'aise dans la discussion et me confie certaines anecdotes sur ce qu'il se passe dans les différents ateliers à l'EHPAD. Elle a un point de vue clair et tranché sur les autres résidents et ses choix relationnels.

4.4.4 Conclusions du bilan et indication pour le groupe.

On note chez Dominique une nécessité de soutenir l'attention envers ses ressentis corporels pour qu'elle puisse connaître ses limites et ne se mette pas en danger. La médiation pourra lui fournir une situation régulière où mobiliser son corps plus consciemment et travailler ses capacités de régulation tonique volontaire.

L'absence d'antécédent de chutes à l'EHPAD sur les 8 mois nous conforte dans l'idée d'une approche préventive liée à la reprise d'un travail corporel régulier. Les objectifs sont alors associés à la conservation des compétences par la réappropriation d'un plaisir du mouvement et de l'activité corporelle.

L'atelier peut également être l'occasion de travailler sur son manque de repères spatio-temporels en lui proposant une activité hebdomadaire.

4.4.6 Suivi psychomoteur.

Posture assise

Dominique a une tendance posturale à la rétro-pulsion. C'est la même posture qui a pu être observée lorsqu'elle regarde la télévision dans un fauteuil. Le haut du dos est collé au dossier de la chaise, les jambes sont tendues et les pieds sont

décollés du sol. Dans le cadre des séances, les indications à venir prendre conscience de sa posture l'on amené à la modifier sur plusieurs points.

Elle s'est appropriée mes indications orales pour changer sa posture et ainsi à amener les pieds au sol et à se redresser sur la chaise. Cependant, l'attention nécessaire au suivi des exercices et les passages de la position debout à assise la ramenait à sa posture initiale. En discutant de ceci avec ma maître de stage et l'ergothérapeute, la proposition d'un coussin s'est faite pour venir soutenir le dos et faciliter le maintien de la verticalité.
Au fil des séances, Dominique a modifié sa posture, alternant une assise verticale avec dos décollé du dossier et la reprise de son habitude posturale lorsqu'elle semblait fatiguée. La proposition du coussin pouvait être réitérée si nécessaire.

Prise de repères et appuis

Dominique prend plus de repères. Elle semble avoir gagné en amplitude de rotation au niveau de la tête et du tronc. Dans les premiers temps, elle restait immobile, faisant penser à une akinésie axiale.
Au fil des séances, elle montre de plus en plus de capacités à prendre appuis sur des éléments de l'environnement, jusqu'à en oublier son rolator si elle est pressée. De plus, au cours d'un déséquilibre en salle à manger, elle fera fonctionner ses réflexes

Schéma corporel

Le schéma corporel s'est également enrichi de schèmes moteurs. Certains mouvements qui lui ont posé des difficultés durant de nombreuses séances finissent par être réalisés. Ainsi, elle investit mieux l'espace. Auparavant, possiblement en lien aux limites imposées par la largeur du rolator, les espaces latéraux se trouvaient négligés. L'abduction du bras n'avait que peu d'amplitude. De même l'extension du bras vers l'avant puis son orientation sur un côté s'avérait compliqué à imiter. Elle pouvait alors fléchir le bras pour le ramener près du corps.
Au bout d'une dizaine de séances, Dominique a commencé à retrouver cette dimension latérale dans le mouvement. Cela peut être mis en lien également avec sa capacité à élargir son champ de perception sur les côtés avec les rotations et l'orientation du regard.

Plaisir à l'activité physique

Rappelons que Dominique m'a été présentée comme une personne n'aimant pas les activités physiques, même associées à la gymnastique douce. Sa présence à la médiation a donc été un essai de sa part. Dès les premières fois, elle a voulu être présente à chaque séance si elle était disponible. Il y a eu un engagement associé à à l'expression renouvelée d'un certain plaisir.

Capacités attentionelles

Au fil des séances, Dominique fait preuve d'une capacité d'attention de plus en plus soutenue sur la durée. Lors des premières séances, plusieurs baisses de vigilance s'observaient au bout d'un quart d'heure. La comparaison est effectivement importante lorsque l'on observe les dernières séances où avec seulement trois à quatre absences sur une heure de médiation.

Nous pourrions mettre en lien cette attention avec les exercices de conscience corporelle. La proposition de mouvements accompagnés d'invitations à se centrer sur les sensations corporelles place Dominique dans une situation perceptive différente.

Temporalité

A partir de la 8ème séance, elle associe ma venue à l'atelier Qi gong et se prépare pour venir. Aux quatre dernières séances, elle est à l'heure sans que j'aille la chercher en employant différentes stratégies. Par exemple, ayant mémorisé les participants à l'atelier, elle va descendre avec l'un d'entre eux ou leur demander également si nous sommes bien le jour de l'atelier Qi gong.

4.4.7 Conclusion.

Une **évaluation de fin de médiation** a été proposée à Dominique. Elle y participe sans son attelle en m'expliquant que personne n'est là pour lui mettre.

Dominique a participé à quasiment tous les ateliers, ne manquant que deux sessions. Elle a été motivée durant toute l'année en me réitérant sa volonté de participer. Cela a été un élément étonnant vis à vis du côté réfractaire qui avait pu mettre mis en avant concernant toutes les activités se rapprochant du sport.

Les dernières séances ont été affectées par le port d'une attelle, de fin Février à fin Avril. Celle-ci a été placée pour diminuer les douleurs dont elle souffre de façon chronique au niveau du genou droit. Cependant, cela semble augmenter les risques de chute en altérant sa marche du fait d'une perte de la mobilité et du changement des appuis.

Ce qui peut être noté en premier lieu concernant ce bilan, c'est que Dominique semble avoir plus **confiance en elle**. Cela se traduit par des attitudes posturo-motrices différentes par rapport au premier bilan et aux premières séances de la médiation.
Par exemple, je note par rapport au *Get Up and Go* une résolution de l'action plus affirmée par rapport à un temps de latence au bilan passé avant la médiation. Le demi-tour est également réalisé plus rapidement sans avoir un temps d'arrêt.

De même, ses **prises d'appuis** sont plus assurés. Elle semble également plus mobile et rapide dans sa **prise de repères** au préalable. Ces éléments ont été observés lorsqu'elle s'assoit sur une chaise, elle prend un temps pour regarder avant de prendre appui avec un bras et s'asseoir. En cela, le résultat de cet item au TINETTI est augmenté grâce à la prise d'appui.
Pour Alva Noë, « le monde devient accessible à celui qui perçoit par le mouvement physique et l'interaction » (Mocan, 2012). Ainsi, l'exercice des capacités perceptives a selon lui une influence sur les capacités d'un sujet à l'action et à la perception de lui-même, en tant qu'être psycho-physique, dans l'environnement. C'est ce que semble conforter l'évolution de Dominique dans ses actions, mouvements et sa prise de repères dans l'espace.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, Dominique semble avoir une **capacité d'attention** plus soutenue. Nous mettons également cet élément en lien avec le travail sur la conscience corporelle. En invitant les participants de la médiation à porter leur attention sur les sensations corporelles, on participe à ramener l'attention au moment présent et à l'action.
Accompagnant cette notion, les recherches montrent que l'automatisation des mouvements est en lien avec l'économie attentionnelle (Ferrel-Chapus & Tahej,

2010). La répétition des mouvements au fil des séances peut avoir nécessité à Dominique moins de ressources attentionnelles.
L'intérêt pour nous est de faire un lien hypothétique avec l'apport du travail de schèmes moteurs liés à la marche, l'équilibre et la prise de repères. Nous supposons que la répétition de mises en situation a eu pour effet bénéfique possible de diminuer les ressources attentionnelles nécessaires à leur réalisation. Ceci pourrait alors être mis en lien avec cette attitude plus confiante que nous avons observé chez elle.

L'évolution du **dessin du bonhomme** peut exprimer une modifications de son **schéma corporel** en lien avec les observations des séances.
Son premier bonhomme avait un aspect robotique et rectangulaire faisant penser à la forme de son rolator. Dans le dessin d'évaluation de fin de médiation, le bonhomme est dessiné avec une rondeur qui ne correspond plus du tout à cette forme. On peut mettre en lien cette rondeur avec la réappropriation de l'espace peri-corporel, à travers des mouvements en lien avec les espaces latéraux durant la médiation.

Durant notre entretien de fin d'évaluation, Dominique me dit qu'elle a trouvé les séances agréables et qu'elle trouve dommage que cela s'arrête. Lorsque l'on aborde la marche, elle verbalise qu'elle se sent plus en sécurité qu'auparavant (sans spécifier d'échelle de temps). Cela contribue à souligner les éléments positifs que cette médiation a pu apporter à Dominique, en accord avec les indications pour le groupe.

V. Discussion générale.

5.1 Limites de la médiation.

Les limitations principales de la médiation Qi gong reposent sur les atteintes trop prononcées des aspects cognitifs, sensoriels, moteurs.

En effet, la pratique nécessite une compréhension des consignes suffisamment importante. Une **démence** ou une **perte** trop prononcée **des capacités cognitives** vont avoir un impact sur la compréhension et l'interaction . En fonction de l'altération des capacités, les exercices ne peuvent pas être réalisés car les indications ne sont pas comprises. Le psychomotricien peut cependant s'appuyer sur les compétences du sujet, notamment les facultés d'imitation qui peuvent être toujours présentes.
Par exemple, dans le cadre de mon second groupe, Mme Bey obtient un résultat de 13 au MMS réalisé par la psychologue. Le fait qu'elle marche avec une canne avec un antécédent de chute l'année passée la dispose parfaitement à participer à la médiation Qi gong dans le cadre de la prévention des chutes. En séance, j'ai pu observer qu'elle semblait peu comprendre mes consignes. Cependant, sa participation se trouvait soutenue par des capacités d'imitation toujours présentes. J'ai pu observer un enrichissement des schèmes moteurs durant les quelques séances réalisées. Elle est également passée en trois séances d'une imitation en mobilisant les deux membres simultanément, sans tenir compte de la latéralité, à quelques imitations en miroir.

Une **perte de la sensorialité** trop excessive (surdité ou vue) nécessite alors des adaptations demandant une réflexion sur la notion de Qi gong.
Une diminution de l'audition peut être compensée par un placement judicieux, une répétition des consignes et une adaptation du rythme pour permettre au sujet de faire appel à ses capacités d'imitation.
L'aspect visuel est plus handicapant et restrictif. Cependant, Gaudry (2008) présente dans son article l'utilisation du Wing Chun avec des adolescents ayant une déficience visuelle sévère. L'adaptation peut donc mener vers une prise en charge individualisée.

Des **troubles moteurs** peuvent limiter la réalisation des mouvements de Qi gong. La question a été réfléchie avec notre maître de stage concernant par exemple la prise en charge de sujets hémiplégiques ou des personnes souffrants de spasticités et/ou de rétractions musculaires. Dans ce cadre, les séances dépassent la prévention des chutes mais se maintiennent dans l'idée d'une continuité du mouvement et de la marche.

Il faut également souligner que la **contrainte spatiale** a joué un rôle important dans la mise en place de la médiation car elle a contribué à une restriction de l'activité. Le peu d'espace amène à se concentrer sur des exercices en équilibre statique plutôt que des marches associées à des exercices de Tai chi chuan. Cependant, nous considérons les exercices en orthostatisme ou avec des transferts de poids comme une contribution essentielle et première à la prévention des chutes. En ce sens, cette limitation s'est portée sur l'évolution de la logique de nos exercices vers la marche ainsi que la venue et le relevé du sol. Ces deux aspects sont tout aussi fondamentaux dans le cadre d'une prévention des chutes. La pertinence de notre proposition s'inscrivait dans une temporalité où le relevé du sol avait été pratiqué par une majorité des participants avant notre stage.

5.2 Réflexions soulevées par la médiation.

Les personnes âgées participant à la médiation avaient été sujets à des fractures durant leur vie, en lien avec les chutes. Christine souffrait ainsi de **douleurs chroniques** associées à une vertèbre fracturée lors d'une chute récente. Les mobilisations et la station debout prolongée ravivait alors ses douleurs au fil de la séance. A alors émergé les questionnements du rapport à la douleur chez les personnes âgées et leur prise en charge dans une médiation.

Pour Feillet (2012), la **verbalisation sur l'image du corps** peut nous renseigner sur l'attitude de la personne vis-à-vis de la douleur et de son vécu des modifications du schéma corporel.
Dans le cas d'une expression positive, elle peut ne pas être vécu comme une faille. Dès lors, si les professionnels médicaux et paramédicaux renforcent cette attitude positive, la personne maintiendra un équilibre identitaire.

A l'inverse, une verbalisation en des termes négatifs pourrait signifier que le sujet vit la modification de son schéma corporel par la douleur comme des failles et une perte de contrôle sur son corps.
La médiation peut alors venir renforcer positivement l'idée d'un corps fonctionnel malgré la présence de douleurs (Feillet, 2012).

La seconde réflexion donnée par cette médiation est en lien avec la première sur l'intrication entre schéma corporel, image du corps et identité. Geneviève Ponton (2011) propose dans ses ateliers de prévention des chutes des sessions régulières avec un **dessin du bonhomme**, toutes les 4 séances.
La séance se déroule avec la réalisation d'un dessin avant et après la pratique. Cela permettrait ainsi une mise en perspective de l'évolution de chacun par la représentation de soi par le dessin. Pour le psychomotricien, il peut permettre d'accompagner au mieux les personnes par l'expression de la conscience corporelle via la représentation. Cela accompagné par une verbalisation des éléments peut ainsi permettre d'individualiser les exercices.
Pour les participants, le dessin permet un investissement personnel en les intégrant dans cet exercice. La trace du dessin étant permanente, elle leur permet aussi de constater les modifications et voir des changements possibles. Pour Ponton, cela aurait une influence positive sur la confiance en soi (Ponton, 2011). La représentation de soi devrait également avoir un rapport positif avec la notion identitaire.

Le Qi gong s'inscrit comme une médiation de **prévention qui pose la question de l'aspect rééducatif**. L'intervention en EHPAD peut être vu notamment comme une stimulation et un maintien des compétences avec un public âgé de plus de 75 ans. Dans un cadre de perte d'autonomie croissante, ce travail est vu comme un accompagnement par Ruvira (2017). Dans le cadre de M. Renault, arrivé en fin de vie à l'EHPAD suite à une décompensation cardiaque, l'aspect préventif était souligné par deux éléments : de nombreuses chutes à son arrivée de fait d'une polymédication mais des compétences motrices le maintenant à l'abri des chutes après cela. De plus, ancien professeur d'Education Physique et Sportive, la médiation contribuait chez lui à un versant de conservation de l'identité.

D'un autre côté, Innocent Mutel (2015) souligne que la prévention des chutes s'inscrit dans l'idée d'une rééducation psychomotrice. C'est sans doute le cas pour la

majorité des personnes ayant participé à la médiation du fait qu'elles conservaient des aptitudes motrices suffisantes et une absence de pathologie lourde.
Ainsi, Monsieur Convenant est une personne ayant eu un Accident Vasculaire Cérébral et souffrant d'une héminégligence gauche. Malgré une attitude posturale hypertonique, il garde des compétences motrices évolutives et se saisit des indications données. Son kinésithérapeute m'indique au bout de la sixième séance avoir observé des bénéfices importants en terme d'équilibre, en lien avec le début de la médiation Qi gong.

Le psychomotricien devra donc être attentif aux questions sur l'aspect rééducatif d'une médiation Qi gong. Suivant le public visé, les objectifs devront être ajustés en fonction des nécessités des participants.
A l'issu de la session effectuée durant notre stage, une médiation Qi gong semble plus être adaptée au versant rééducatif, notamment du fait de la répétition des mouvements inhérent à cette pratique.

Conclusion

La mise en pratique du Qi gong a été l'occasion pour nous d'observer les apports concrets de son utilisation comme médiation psychomotrice.
L'utilisation du Qi gong reste harmonieuse avec la pratique thérapeutique psychomotrice. La médiation a permis aux participants de travailler sur la conscience corporelle en lien avec une modification des représentations du corps. Les exercices orientés sur l'équilibre ont donné les possibilités d'expérimentations des sensations corporelles liées à la proprioception, la régulation posturale et à l'axe verticale. Le travail a pu être soutenu par la relation thérapeutique et le groupe.

Nous avons ainsi pu réaliser l'intérêt des postures et mouvements de Qi gong en terme de prévention des chutes. Notre recherche s'étant limitée à un petit nombre de mouvements, il s'avérerait judicieux d'étudier d'autres formes de Qi gong pour proposer les mouvements les plus intéressants en lien avec nos objectifs et suivant le public.

Au fil des séances, en lien avec les enjeux de la conservation de la mobilité et de l'autonomie, s'est imposée la dimension identitaire. Nous avons pu constater l'intérêt des participants pour la médiation de part une forme de valorisation. Derrière cet atelier au nom curieux semblait émerger un travail qui impliquait chacun dans un plaisir de découverte corporelle associé à un gain de confiance en soi. Nous savions que l'importance de l'estime de soi et le sentiment d'être compétent (Guillou, 2013) sont corrélés aux activités de la marche et l'équilibre. Notre expérience avec le Qi gong semble donc confirmer les observations de Cerioli sur le côté valorisant de la pratique du Tai chi chuan (Personne, 2015), quand bien même les bénéfices seraient similaires à d'autres pratiques d'exercices physiques.

Ce mémoire a été l'occasion pour nous de confirmer l'intérêt de la pratique du Qi gong comme médiation psychomotrice. Mais elle nous a également ouvert des angles de recherches. En effet, plusieurs chercheurs amènent à proposer une réflexion psychomotrice sur ces pratiques.

Les travaux de Chenault (2008) sur les états de conscience du corps chez les pratiquants de Qi gong soulignent ainsi des aspects de modification de la sensation corporelle dans l'instant.

Les expérimentations de Geneviève Ponton (2011) sur la réorganisation corporelle ont permis d'apporter une trace visible de ces éléments par le dessin du bonhomme. Réalisés dans le cadre de la prévention des chutes, ses résultats illustrent des modifications de la sensation et des représentations corporelles entre l'avant et l'après d'une séance.

Ces éléments peuvent amener vers d'autres travaux sur l'analyse du Qi gong dans le cadre de la psychomotricité. Cela apporte également des éléments de réflexion sur de plus amples recherches concernant les liens entre le Qi gong, la conscience corporelle et les représentations du corps.

Bibliographie

Albaret, J. M., Giromini, F. & Scialom, P. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux. Paris : De Boeck.

Albaret, J. M. & Aubert E. (2001) Vieillissement et psychomotricité. Paris : De Boeck.

Aquino, J. (2008). Le plan national « bien vieillir ». Gérontologie et société, vol. 31 / 125,(2), 39-52. doi:10.3917/gs.125.0039.

Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. Contraste, 28-29,(1), 17-26. doi:10.3917/cont.028.0017.

Berghmans, C. & Tarquinio, C. (2009). Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies : cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, taï-chi-chuan, qi gong. Paris : Intereditions.

Bertsch, J., Lobjois, R., Maquestiaux, F. & Benguigui, N. (2005). Vieillissement cognitif et effets de l'exercice. Bulletin de psychologie, numéro 475,(1), 39-45. doi:10.3917/bupsy.475.0039.

Bontoux, D., Couturier D. & Menkès C-J. (2013) Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins. Rapport du 5 Mars 2013. Paris : Académie nationale de médecine.

Brèthes, C. (2013) « Je vieillis donc je suis ». Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien. Bordeaux. Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Chenault, M. (2008) États de conscience du corps dans l'art traditionnel chinois du Qi gong : Approche de psychologie phénoménologique. Tome 1. Orléans : Thèse en vue de l'obtention du Grade de docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

Chenault, M., Hamard, A., Hilpron, M. & Grison, B. (2013). Les Techniques de Conscience du Corps : éthique non-compétitive entre Orient et Occident. Corps, 11, (1), 181-194. doi:10.3917/corp1.011.0181.

Clarac, F. & Ternaux, J. (2008). Présentation. Dans F. Clarac & J. Ternaux (Dir), Encyclopédie historique des neurosciences: Du neurone à l'émergence de la pensée (pp. 9-11). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Corneau-Doppia, S. (2016). L'axe psychomoteur, de la genèse à l'intégration. Mémoire en vue du diplôme d'état de psychomotricien. Bordeaux.

Despeux, C. (1974). Taiji quan : art martial, technique de longue vie. Paris : Guy Trédaniel éditeur.

Despeux, C. (2011). Le Qi gong de Zhou Lüjing - La moelle de phénix rouge. Paris : Guy Tredaniel Editeur.

Farb, N., Segal, Z. & Anderson, A. (2013) Attentional Modulation of Primary Interoceptive and Exteroceptive Cortices, Cerebral Cortex, Volume 23, Issue 1, 1 January 2013, Pages 114–126, https://doi.org/10.1093/cercor/bhr385

Feillet, R. (2012). 3. Le corps dans « tous ses états ». Dans R. Feillet, Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi: Place des activités physiques et sportives (pp. 105-168). Toulouse, France: ERES.

Ferrel-Chapus, C. & Tahej, P. (2010). Processus attentionnels et apprentissage moteur. Movement & Sport Sciences, 71,(3), 71-83. doi:10.3917/sm.071.0071.

Garnoussi, N. (2011). Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale. Sociologie, vol. 2,(3), 259-275. doi:10.3917/socio.023.0259.

Gaudry, G., Grim, O., Guiose, M., Louvel J-P. (2008). Arts martiaux et psychomotricité. Paris : Editions Heures de France.

Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. Dans Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation (pp. 253-264). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01.0253.

Gorgy, (1996) Introduction du mouvement lent en rééducation psychomotrice de la personne âgée par la pratique du Qi-Qong. Evolutions psychomotrices. vol 8. n° 31.

Guillou, B. (2013) Prise en charge psychomotrice de la peur de tomber chez des sujets âgés chuteurs. Mémoire présenté en vu de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité. Université Paul Sabatier, Toulouse III.

Guitard, S. , Basse, I. , Albaret, J-M. (2005). Évaluation de l'efficacité d'un protocole de rééducation de l'équilibre. Revue « Psychomotricité », 2005. pp. 75-86.

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.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2015, XII-508 p. - (Expertise collective). - http://hdl.handle.net/10608/6807

Laffont, C. (2014) L'expression corporelle et les personnes âgées. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, Faculté de médecine, site Pitié Salpêtrière. Paris. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

Malmond, L. (2013) Essai de rééducation des troubles visuo-spatiaux en utilisant la pratique motrice et le vocabulaire topologique adapté : étude du cas d'Alice. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien. Toulouse.

Manckoundia P, Ntari Soungui E, Tavernier-Vidal B, Mourey F. (2014) Syndrome de désadaptation psychomotrice. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil ; 12(1) :94-100 doi:10.1684/pnv.2014.0450

Marié, E. (2008) Précis de médecine chinoise. Paris : Dangles Editions.

Mocan, R. (2012). Conscience corporelle et apprentissage. Approche phénoménologique de l'expérience du performeur. Staps, 98,(4), 39-48. doi:10.3917/sta.098.0039.

Molbert, E. (2013) L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de psychomotricien. Bordeaux.

Morasso P, Casadio M, Mohan V, Rea F and Zenzeri J (2015) Revisiting the body-schema concept in the context of whole-body postural-focal dynamics. Front. Hum. Neurosci. 9:83. doi: 10.3389/fnhum.2015.00083

Morin, C. (2013). Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: Neurologie et psychanalyse. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.morin.2013.01.

Onnis, L. (2009). Lorsque la psyché est le reflet du corps. Une nouvelle alliance entre les neurosciences et la psychothérapie. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 43,(2), 65-91. doi:10.3917/ctf.043.0065.

Palmer, D. (2007) Qigong Fever: Body, Science and Utopia in China. New York : Columbia University Press.

Personne, M. (2011). Protéger et construire l'identité de la personne âgée: Psychologie et psychomotricité des accompagnements. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.perso.2011.01.

Personne, M. (2014). Taï chi chuan et vieillissement. Toulouse, France: ERES.

Pireyre, E. W. (2015). Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept. Paris : Dunod.

Ponton, G. (2010) D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné. Pau : Ateliers du Cami Salié.

Ponton, G. (2011) Organisation de la conscience corporelle. Pau : Ateliers du Cami Salié.

Potel Baranes, C. (2010). Être psychomotricien. Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.potel.2010.01.

Racodon M, Pezé T, Masson P. (2016) Promouvoir l'adhésion à un programme de rééducation cardiovasculaire pour favoriser l'éducation du patient cardiaque âgé. Place de l'activité physique adaptée basée sur le Qi Gong. Médecine des maladies Métaboliques 2016, 10(5) : 456-462.

Racodon, M. & Masson, P. (2017) Postures des soignants proposant une éducation thérapeutique du patient dans un service de rééducation réadaptation cardiovasculaire. *Éducation et socialisation* [En ligne], 44 . DOI : 10.4000/edso.2121

Ribadier, A. & Sainjeon-Cailliet, S. (2011). Identité et chute de la personne âgée. Dans Protéger et construire l'identité de la personne âgée: Psychologie et psychomotricité des accompagnements (pp. 49-60). Toulouse, France : ERES. doi:10.3917/eres.perso.2011.01.0049.

Rousseau, T. (2018) Chapitre 1. Vieillissement normal et pathologique dans Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Issy-Les-Moulineaux : Edition Elsevier Masson.

Robert-Ouvray, S. et Servant-Laval, A. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux. Paris : De Boeck. pp.161 – 199.

Ruvira, C. (2017). Yoga et prévention des chutes. Bordeaux : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

SNUP (2011). Brochure de présentation de la formation à la prévention des chutes.

Haute Autorité de la Santé (HAS) et la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) (2005) Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations de Novembre 2005.

Souriac-Poirier, P., Thon, B. & Cadopi, M. (2008). Mémorisation d'une séquence gestuelle en fonction de l'expertise, des capacités d'imagerie et de rotation mentale. *Staps*, 81,(3), 23-34. doi:10.3917/sta.081.0023.

Thélot B, Lasbeur L, Pédrono G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(16-17):328-35. http://invs.santepubliquefrance.fr/ beh/2017/16-17/2017_16-17_5.html

Tisseron, S. (2003). L'image comme processus, le visuel comme fantasme. *Cahiers de psychologie clinique*, 20,(1), 125-135. doi:10.3917/cpc.020.0125.

Vaillant, J. (2004). Kinésithérapie et amélioration du contrôle de l'équilibre du sujet âgé : effets de traitements cognitifs, manuels et instrumentaux.

Vert, E. (2015) Du corps à l'image et de l'image au corps : l'utilisation de l'image photographique dans la pratique psychomotrice. Bordeaux : Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien.

Annexes

Annexe 1

Objectifs du projet thérapeutique de la médiation Qi gong.

- **Une amélioration de l'équilibre statique et dynamique** : La médiation a pour objectif l'expérimentation des sensations corporelles en lien avec l'équilibre statique (postures en orthostatisme) et l'équilibre dynamique. Les exercices proposés visent également le renforcement musculaire des membres inférieurs et l'amélioration de la souplesse. Les réactions parachutes sont également abordées.

- **Stimulation sensorielles et représentations du corps** : les différents mouvements, les consignes verbales et les précisions apportées visent à créer des stimulations sensorielles. Cela vient nourrir le schéma corporel et l'image du corps.

- **Une facilitation des transferts (prise de repères spatiaux et les appuis)**: Une prise de repères permet à la personne de savoir où prendre ses appuis lors des transferts et d'éviter un obstacle pouvant entraîner la chute. Elle implique une mobilité globale.

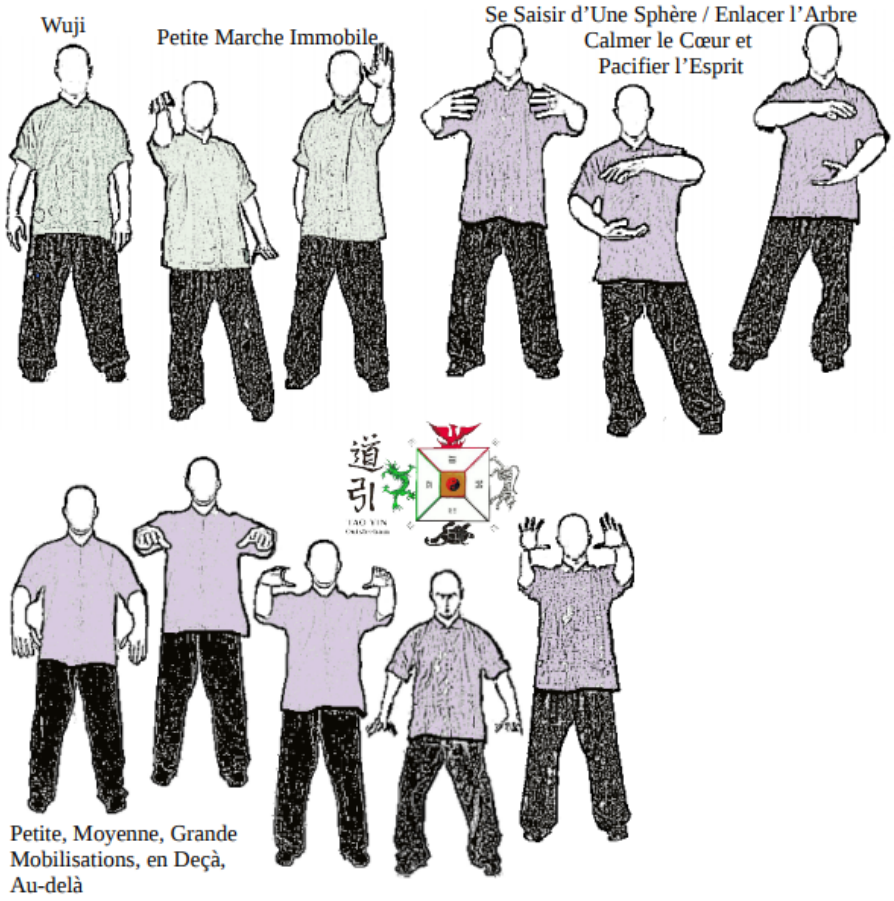
- **Notion de plaisir.** Les chutes et événements traumatisants peuvent associer le mouvement et l'utilisation du corps à des souvenirs désagréables. L'atelier vise une réappropriation du corps dans un cadre de plaisir, soulignant l'importance de « prendre soin de soi ». L'objectif est de favoriser un vécu corporel positif.

- **Diminuer une peur de la chute.** Elle est abordée durant les phases de verbalisation. Dans un cadre de réassurance, l'atelier est l'occasion pour le psychomotricien de montrer au sujet qu'il a de réelles potentialités.

Annexe 2

Kai Men Shi : les Portes d'ouverture de la pratique

La posture de Wuji et la petite marche immobile



Source : http://www.taopratique.fr/wp-content/uploads/kaimenshi_support.pdf

Annexe 3

Les huit pièces de Brocart

Adaptation en forme assise pour la médiation psychomotrice

(avec noms simplifiés)

Première posture : SOUTENIR LE CIEL.

Mouvement de retour à l'assise.

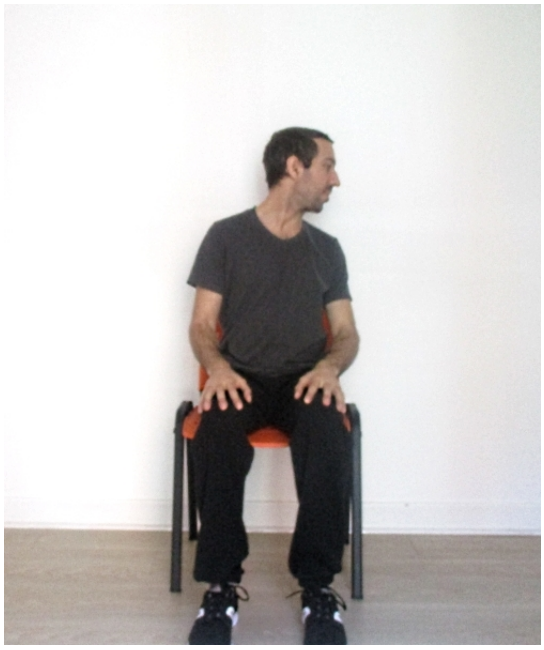
Seconde posture : TIRER A L'ARC.

À gauche, puis à droite.

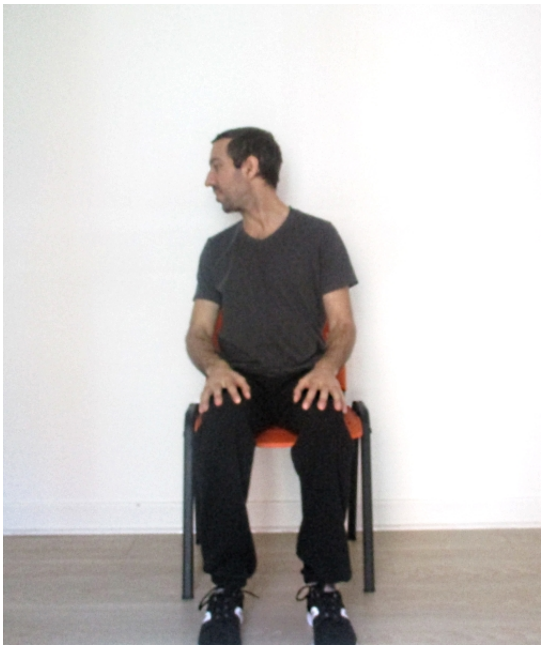
Conclure par le mouvement de retour à l'assise.

Troisième posture : REGARDER DERRIÈRE SOI.

À gauche



puis à droite



Quatrième posture : LEVER LE BRAS.

Cinquième posture : LE DRAGON TOURNE LA TÊTE.

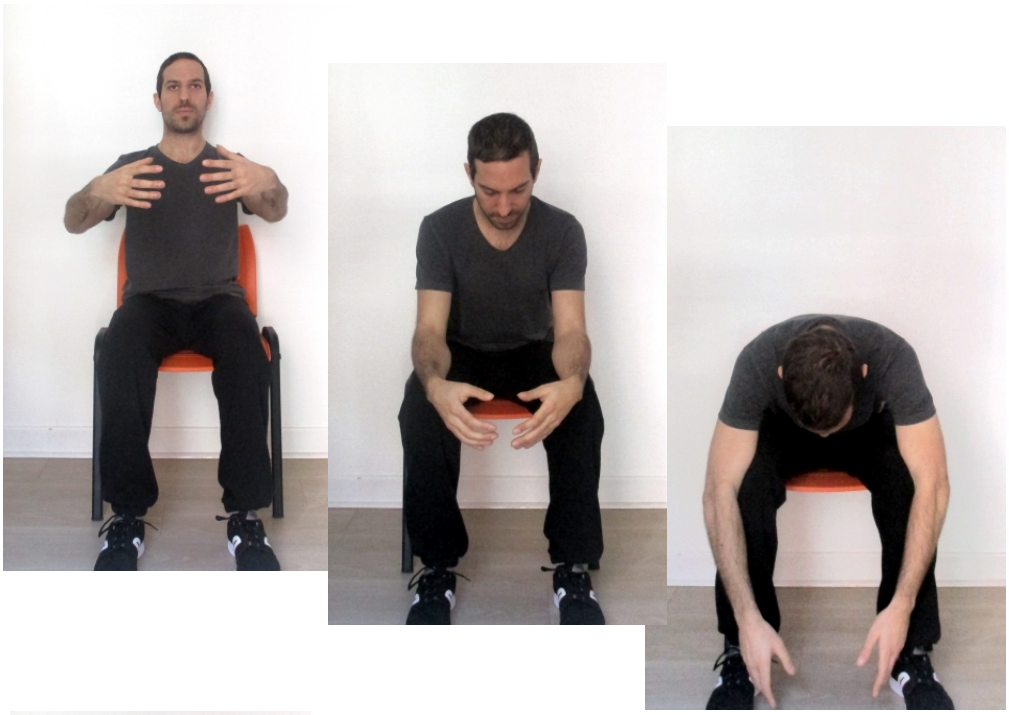
Sixième posture : SE METTRE SUR LA POINTE DES PIEDS.

Version avec mains sur la chaise

Version avec mains « suspendues »

Septième posture : FAIRE LE TIGRE.

Huitième posture : POSER UN BALLON PAR TERRE.



Huitième posture : variante avec un ballon réel.

Annexe 4

Le salut du Bouddha

Table des matières

Introduction.....4

I. Personnes âgées et prévention des chutes.....6

1.1 Le vieillissement normal et pathologique.....7

1.1.1 Le vieillissement normal.....7

1.1.1.1 Aspects somatiques.....7

1.1.1.2 Aspects sensoriels.....7

1.1.1.3 Aspects cognitifs.....8

1.1.1.4 Aspects moteurs.....9

1.1.1.5 Aspects psycho-affectifs.....10

1.1.2 Vieillissement pathologique.....10

1.2 La notion de chute.....11

1.2.1 Définition.....11

1.2.2 Les facteurs extrinsèques.....12

1.2.3 Les facteurs intrinsèques.....13

1.3 Étiologie des chutes chez la personne âgée. 13

1.3.1 L'instabilité posturale.....13

1.3.2 Instabilité de la marche.....14

1.3.3 Déficience des stratégies d'équilibration.....15

1.3.4 La peur de tomber.....16

1.3.5 Les aspects médicamenteux.....16

1.4 Les conséquences liées à la chute.....17

1.4.1 Conséquences physiques.....18

1.4.2 Conséquences psychiques et sociales.....18

1.4.3 Le syndrome post-chute.....19

1.4.4 Syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM).....20

1.4.5 Syndrome d'inhibition psychomotrice.....21

1.4.6 Atteinte des représentations du corps.....22

II. La prévention des chutes en psychomotricité.....25

2.1. Notion de prévention primaire et secondaire.....25

2.2 Cadre de l'évaluation.....26

2.1.2 Évaluation psychomotrice.....26

2.1.3 Épreuves spécifiques aux troubles de la marche et de l'équilibre.....29

2.1.4 Épreuves spécifiques à la peur de la chuter.....30

2.1.5 Synthèse du bilan psychomoteur.....31

2.3 Prise en charge en psychomotricité.....32

2.3.1 Prévention des chutes et pratique psychomotrice.....32

2.3.2 Les axes d'intervention.....32

2.3.3 La prise en charge groupale.....35

2.4 La médiation en psychomotricité.....36

III. Le Qi gong comme médiation psychomotrice.....38

3.1 Présentation et définition du Qi gong.....38

3.2 Représentation du corps dans le Taoïsme.....39

3.4 Histoire du Qi gong.....41

3.4.1 De l'antiquité au Xème siècle.....41

3.4.2 Du Xème à la première moitié du XXème siècle.....42

3.4.3 De la seconde moitié du XXème siècle à nos jours.....42

3.4.4 Le Qi gong en France actuellement.....43

3.4.5 La question de la reconnaissance médicale.....44

3.5 Diversité des pratiques associées au Qi gong.....45

3.6 Adaptation du Qi gong à la psychomotricité.....47

IV. Un atelier Qi gong en EHPAD.....50

4.1 L'institution.....50

4.1.1 Présentation.....50

4.1.2 Place de la psychomotricité.....50

4.1.3 Attentes au niveau du projet d'établissement.....51

4.2 Mise en place de l'atelier Qi gong.....52

4.2.1 Mise en place.....52

4.2.2 Évaluations de début de médiation.....52

4.2.3 Les participants.....53

4.2.4 Temporalité.....54

4.2.5 Environnement.....55

4.2.6 Caractère évolutif de la médiation.....55

4.3 Déroulement des séances et objectifs.....56

4.4 Participation de Dominique à la médiation Qi gong.....68

4.4.1 Anamnèse....68

4.4.2 Première rencontre....68

4.4.3 Bilan psychomoteur....68

4.4.4 Conclusions du bilan et indication pour le groupe....70

4.4.6 Suivi psychomoteur....70

4.4.7 Conclusion....72

V. Discussion générale....75

5.1 Limites de la médiation....75

5.2 Réflexions soulevées par la médiation....76

Conclusion....79

Bibliographie....81

Annexes....87

Annexe 1....88

Annexe 2....89

Annexe 3....90

Annexe 4....98

Table des matières....99