

En quoi l'évaluation psychomotrice réalisée au domicile dans le contexte de la chute, oriente l'accompagnement de l'adulte âgé.

Geneviève Ponton, psychomotricienne - Les Ateliers du Cami Salié PAU

Les enjeux politiques de l'évaluation,

L'évaluation est aujourd'hui au cœur de tout dispositif de soin. Elle voit l'individu à travers des grilles selon des critères d'observation prédéfinis. Elle est devenue le filtre à travers lequel nous lisons les compétences ou les comportements d'un sujet en les comparant à celle d'une population standardisée.

Le risque d'une évaluation quantitative est de réduire la dimension subjective au profit d'une norme..

"La norme se définit non pas du tout comme une idée naturelle, mais par le rôle d'exigence et de coercition qu'elle est capable d'exercer par rapport aux domaines auxquels elle s'applique. La norme est porteuse, par conséquent, d'une prétention de pouvoir. La norme ce n'est pas simplement, ce n'est même pas un principe d'intelligibilité ; c'est un élément à partir duquel un certain exercice du pouvoir se trouve fondé et légitimé"¹

Pour évaluer le coût de la dépendance, chaque professionnel de l'équipe de soin réalise un "traçage" informatique des actes qu'il a accomplis. Le risque majeur du contrôle sanitaire, dicté par les Agences Régionales de Santé serait que l'exigence du coût éteigne la flamme des valeurs cliniques des professionnels de la santé.

En effet, les logiciels informatiques obligent les soignants à se mettre dans une logique hypothético-déductive issue de la pensée Grecque². Formé à ce qu'ils nomment "la démarche de soin", les professionnels notent quotidiennement en trois colonnes : les signes cliniques observés, les réponses apportées et les effets obtenus. Certains logiciels de soins utilisés en EHPAD vont encore plus loin, en "pré-formatant" les réponses à apporter !

« Le plus inquiétant avec les grilles, c'est qu'il s'agit toujours de prophéties auto-réalisatrices. On ne cesse de confondre la prévention avec la prédiction : c'est comme si tout s'écrivait au futur antérieur »³.

L'aliénation à la « mesure du manque » empêche « la reconnaissance du potentiel » comme le concevait traditionnellement la pensée Chinoise ? Dans la prise ne compte de "ce qui n'est pas encore accompli"⁴, l'attention s'ouvre à la recherche des conditions favorables à l'émergence du potentiel sous l'influence du contexte environnemental et humain.

Enfin, un autre risque est la réduction de la durée de la concertation pluridisciplinaire limitant ainsi la mise en commun de la complémentarité des regards cliniques. La dynamique collective du croisement des points de vue est essentielle pour mailler le sens et cerner le visage de chaque accompagnement.

¹ FOUCAULT, M, "Les anormaux, cours au collège de France"

² JULIEN, F Conférence l'efficacité Éditions PUF 2005

³ CASSIN, B Derrières les grilles, Éditions mille et une nuits 2014

⁴ TROCMÉ-FABRE, H l'Arbre du savoir apprendre, vers un référentiel cognitif Éditions être et connaître 2003

Parmi les troubles les plus fréquents en gériatrie, le risque de chute va polariser toute l'attention des équipes, en institution comme à domicile.

Au coût humain, associé aux conséquences d'une chute pour la personne s'ajoute un coût financier très élevé pour la société. La chute est le premier motif d'entrée en institution.

Pourrait-elle devenir une "occasion" d'ouverture de la gériatrie à la prévention au domicile ?

Si les psychomotriciens saisissaient l'occasion de la fréquence élevée des chutes pour développer des actions en amont de l'hospitalisation ?

Quel regard apporterions-nous aux personnes accompagnées et aux professionnels de santé par une évaluation psychomotrice réalisée au cœur du milieu de vie ?

Le contexte de la chute,

Ils sont chaque année des milliers à tomber, dans leur maison.

ils tombent, entre la cave et le grenier, au fond de leur jardin, au pied de leur lit, dans leur cuisine....

Ils sont souvent entourés de voisins, proches de leur famille et de leurs amis.

C'est le risque encouru pour celles et ceux qui ont choisi de vivre chez eux au crépuscule de leur vie.

Dans la grande nuit de la vieillesse, ils tombent sans bruit.

Leur chute n'arrête pas les passants.

Le temps s'écoule trop vite pour les "actifs" au rythme effréné.

Dans la gravité de l'âge, la chute fait rupture.

« Les ruptures nous construisent peut-être plus encore que les liens. »⁵

Elle rompt le silence de la solitude, elle devient un cri, un appel, un accident,... Quand la personne ne peut se relever du sol, la chute rompt le pacte de l'alliance avec terre.

Devenu instable, nous ne faisons plus corps avec elle, le sol ne nous porte plus, nous le sentons nous trahir. Le vide autour de soi nous aspire et nous habite de l'intérieur.

En perdant pieds, s'effondre l'appui de la confiance en soi. La peur de retomber réactive alors l'agrippement primitif.

Au petit jour, quand les volets ne se sont pas ouverts, l'attention des voisins entend soudainement le silence de celle ou celui qui se déplaçait à petits pas par crainte de tomber.

L'alerte est donnée !

Les pompiers ouvrent la porte et trouvent au sol celle ou celui que la chute a replié dans l'effroi. Combien de temps aura-t-elle passé à tenter de se relever ?

Forts dans leurs uniformes, ils saisissent efficacement la personne et la conduisent dans la plus part des cas aux urgences. L'hôpital, grande mère protectrice contient, évalue, diagnostique, entoure, console, protège, consolide... ce que la chute a cassé.

Mais que s'est-il passé ?

Qu'est-ce qui a fait tomber la personne ?

Que vivait-elle au moment de la chute ?

Qu'a-t-elle dit de sa chute... ?

Quelques jours, ou quelques semaines d'hospitalisation vont remettre debout celle ou celui, qui, dans le meilleur des cas, reprendra le chemin du domicile. Nombreux, trop affaiblis ou craintifs devront rejoindre un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - EHPAD.

Ainsi a-t-on stigmatisé dans le manque, ces lieux où l'on entre à reculons.

Peut-on avoir envie d'habiter un lieu où l'on existe aux yeux du monde par ce que nous ne sommes plus ? Ne faudrait-il pas commencer à changer leur dénomination pour faire évoluer nos représentations de la fragilité ?

Dans le vivant auquel nous appartenons, ne sommes-nous pas tous interdépendants ?

« Nous n'avons jamais été seuls, nous ne sommes vivants que glissés dans la vie des autres, dans une situation de vulnérabilité mutuelle. »⁶

5 MARIN C, rupture(s) Éditions de l'observatoire 2019

6 MORIZOT Baptiste, Manières d'être vivant Éditions Actes Sud 2020

L'évaluation gériatrique

La chute a un coût financier, il se mesure par le coût de la dépendance qu'elle crée. Il sera évalué à l'aide de grilles AGGIR qui vont mesurer notre degré "d'autonomie" en identifiant les capacités de la personne, regroupées autour de "besoins" dits "fondamentaux". Cette grille calculera le montant de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Pour une institution gériatrique, l'Aggir-pathos" calculera le GMP (Gir Moyen Pondéré). Plus les personnes seront dépendantes plus les aides financières seront élevées ! Comment les financeurs valorisent-ils le maintien des capacités et la prévention dans un tel paradigme ?

Si nous sommes réduits à une somme de capacités, quand les relie-t-on à nos élans, nos choix, nos envies qui les mobilisent et les renouvellent ?

Que signifie l'évaluation de la marche, si l'observation ne prête pas attention au désir qui la motive ? Quel intérêt porter à la capacité de s'habiller quand les saisons sont irréversiblement identiques, cloîtré dans un appartement ou un chambre devenue l'unique paysage ? Dans la chambre de l'EHPAD, a-t-on prévu un placard assez grand pour y loger le manteau qui nous permettra de sortir en hiver afin de continuer à nous émerveiller des saisons de l'arbre ?

Pourquoi manger un repas conditionné en barquette sans avoir senti les odeurs de cuisson, ni vu la vapeur s'échapper du plat ? Comment évaluer l'utilisation des moyens de communication si les téléphones ne sont pas adaptés aux troubles liés au vieillissement...

Cette évaluation standardisée ne serait-elle pas "hors-vie" pensée par une logique sanitaire finançant des lieux de survie, où des soignants en nombre insuffisant s'épuisent à accompagner jusqu'à leur dernier souffle ceux que la société a reclus ?

Cette évaluation ne serait-elle pas "hors-sol", quand elle est réalisée hors du lieu de vie ?

Cette évaluation ne serait-elle pas "hors-soi" en étant normative et de ce fait coupées des racines identitaires de la personne ?

« La grille n'est pas un découpage qui n'engage à rien, c'est un formatage qui exclut tout ce qui n'y rentre pas. En revanche, les lieux sont un réservoir d'inventivité, une mise à disposition des ressources, des propositions où puiser pour argumenter, qui non seulement tolèrent mais suscitent des ajustements inédits, encourageant l'inventivité des écarts et des surprises par rapport à la norme des attentes. »⁷

Le regard porté sur la personne hors de son contexte de vie ne peut soutenir sa dynamique de projet. Le risque d'une évaluation normative est d'oublier l'élan du souffle qui nous tient debout et nous met en mouvement jusqu'aux derniers jours de notre existence.

Qu'est-ce qui soutient la motivation cette personne en particulier ?

Qu'est-ce qui l'aiderait ou pourrait freiner son avancée ?⁸

Aujourd'hui, pour la majorité des personnes ayant chuté le temps de l'hospitalisation fait rupture. La décision d'entrer en institution est prise au cours du séjour hospitalier. Dans la plupart du temps, la personne ne reviendra pas chez elle pour clôturer cet événement et s'ouvrir à un nouvelle étape en quittant le lieu où elle est tombée.

Mais au fait, que s'était-il passé ?

Qu'est-ce qui avait fait tomber cette personne ?

Que se passait-il au moment de sa chute ?

Qu'en avait-elle dit ?

Le silence est maintenant collectif. Il est celui d'une société où les liens sont rompus, où nous faisons acte de "dénier de fraternité", selon l'expression de Jean Maisondieu⁹.

⁷ CASSIN, B Derrières les grilles, Éditions mille et une nuits 2014

⁸ TROCMÉ FABRE (Hélène) Réinventer le métier d'apprendre éditions d'organisation 1999

⁹ MAISONDIEU J. - Le Crépuscule de la Raison Bayard Editions, 2001

Notre vision du corps matérialiste, le réduit à un somme de fonction. Le temps userait notre corps comme un banal véhicule. Ces représentations font de la vieillesse un continent isolé du monde que personne ne souhaite atteindre. "Le vieux c'est l'autre. »¹⁰

Nos politiques fondées sur une économie libérale n'honorent pas la fragilité. Devenue trop coûteuse, elle nous renvoie à notre impuissance. La crise du Covid 19 a rappelé notre interdépendance, mais qu'en ferons-nous ? Arriverons-nous à ne plus faire silence sur le "coût humain" de ceux qui vivent la fragilité et de ceux qui l'accompagnent ?

La prévention, un enjeu de société

Retarder l'entrée en institution est un véritable enjeu de société. Les mesures pour rompre l'isolement des personnes vieillissantes sont à développer de manière urgente, elles sont défendues par tous les travailleurs médico-sociaux.

Dans une optique de prévention, nous proposons depuis 11 ans un cycle de 12 ateliers de prévention des chutes. Il est destiné à 12 personnes vivant dans leur domicile et ayant chuté dans l'année. Cet atelier associe la danse contemporaine et la psychomotricité.

Cette expérience est réalisée par l'Association des Ateliers du Cami Salié à PAU en partenariat avec 3 CCAS de la Communauté d'Agglomération de PAU, LESCAR et LONS (64)¹¹. Elle est financée dans le dispositif du Parcours Prévention Santé, mis en œuvre par l'ARS, le Conseil Départemental 64 et la Caisse de Retraite Malakoff Humanis. À la suite d'une réunion d'information, précisant aux futurs participants le cadre et les modalités de l'atelier, une évaluation à leur domicile est proposée en amont et en aval du cycle de 12 séances collectives.

Les 11 années d'expérience nous ont appris combien la personne fait corps avec son environnement. Le domicile est le lieu "à soi". Un lieu biographique, lieu de mémoire où l'histoire individuelle et collective font sens. Chaque partie du décor dessine un paysage singulier, chaque pièce, chaque objet est le symbole du lien qui s'est construit dans la durée.

Quand la chute a eu lieu au domicile, l'espace a été témoin du choc du traumatisme. Il sera alors impératif de "refaire alliance" avec l'environnement pour "réparer" la rupture et continuer à traverser son lieu de vie dans la confiance des jours.

Après avoir constaté combien le récit de la chute portait en lui-même les directions thérapeutiques, nous nous sommes attaché à recenser les éléments que chacun associait au contexte du traumatisme, il est toujours inséparable de l'espace-temps dans lequel il a surgit. Les marqueurs somatiques de l'émotion intègrent toujours l'expérience "et" son contexte.

Au fil des 35 ans d'accompagnement de personnes ayant chuté, ce que l'on aurait pu concevoir comme un banal trouble de l'équilibre est devenu une véritable énigme.

De quoi la chute est-elle le symptôme ? Le mot symptôme vient du grec "sun-ptosis" - ce qui tombe avec. Avec quoi tombe la chute ? En effet, bien que souvent répétée, chaque chute est unique. Chacune porte en elle sa propre résolution.

Le sujet par ses propos, nous aiguille sur les rails de son accompagnement.

Le sens des étapes des évaluations, en amont et en aval du cycle de 12 ateliers

Les deux évaluations en début et en fin du cycle, donnent un repère temporel ouvrant et clôturant la période de 5 mois au cours de laquelle se déroule les 12 ateliers collectifs.

L'évaluation se déroule en plusieurs phases, partant d'un temps d'entretien, nous allons cheminer physiquement dans l'espace de la maison. Nous irons de la pièce ds laquelle nous sommes accueillis, jusqu'à l'espace plus intime de la chambre et de la salle de bain. Notre observation va suivre un enchaînement précis afin de favoriser un sentiment de sécurité.

¹⁰ MESSY J, La maison du bout de la vie Soigner l'Ehpad pour soigner les adultes âgés Éditions Éres 2020

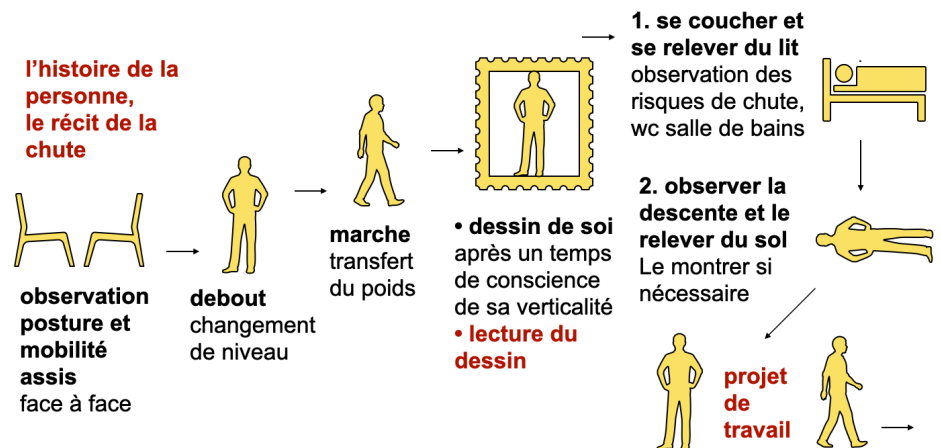
¹¹ www.ateliers-du-camisalie.fr

Elle est construite comme un voyage vers la profondeur, pour rejoindre les traces du traumatisme dans la complicité de la rencontre. L'évaluation participe déjà à ce qui reconstruira les moyens de se remettre sur pieds. Se noue dans cette première étape un lien transférentiel avec la personne. Nous constatons au fil des ans, combien cette première rencontre étaye la relation de confiance et aide la personne à prendre place dans le groupe et dans l'espace du grand studio de danse dans lequel nous l'accueillons.

L'évaluation de la personne au domicile se fait en sept étapes :

1. **les éléments concernant son identité.** Quel est son "mobile de vie" ce qui la porte ou qu'elle porte. Quel est son réseau de soutien ?
2. **les antécédents médicaux**
3. **les modes de déplacement** utilisés et les risques liés à l'environnement
4. **son récit de la chute**
5. **l'évaluation de l'équilibre et de la marche**
6. **le dessin de soi**
7. **se coucher et se relever de son lit**, descendre et monter les escaliers et enfin, **se relever du sol**

Les différentes phases de l'évaluation



- L'évaluation commence par un face à face assis. Il met la personne en confiance et offre la sécurité du regard pour écouter le récit de sa chute. Puis, progressivement nous l'invitons à se lever de sa chaise et à marcher. Nous observons les qualités de sa marche en faisant varier plusieurs paramètres.
- Nous faisons une pause en lui proposant de se dessiner comme elle se ressent dans la position debout après avoir guidé ses sensations proprioceptives de ses pieds à sa tête. Par l'intériorité, nous commençons à rejoindre la mémoire de l'expérience traumatique. Quelle trace en a-t-elle gardé ? Cette chute a-t-elle influencé sa représentation d'elle-même ? Avec quoi fait-elle écho ? Nous portons une attention à l'image qu'elle a d'elle-même et à ce qu'elle exprime de sa perception par son dessin. Que nous dit-elle à ce moment là ?
- Puis, nous lui proposons de rejoindre sa chambre pour voir ensemble comment elle se couche et se relève de son lit. Nous évaluons ainsi s'il sera possible de lui demander de se relever du sol. Nous valorisons la capacité de se retourner pour se redresser et sortir de son lit car elle sera nécessaire pour se relever du sol. Nous la préparons tout naturellement à se remettre dans les circonstances de la chute en descendant au sol sur un tapis que nous avons apporté. Nous mesurons ainsi son appréhension du vide et sa capacité de se relever.
- Enfin, le retour dans la position verticale suivi d'une petite marche après le relever du sol est symboliquement l'ouverture d'un nouveau cycle. Il revêt une valeur thérapeutique en rétablissant la confiance en soi, sous le regard chez soi d'un professionnel de santé "spécialisé". L'évaluation atteste sa capacité à se relever et ré-affirme sa confiance. Rares sont ceux qui ne se relèvent pas accompagnés par nos gestes.
- Nous finissons en relisant ensemble l'observation faites au cours des différents items pour en saisir le sens et préciser les directions spécifiques du travail corporel à entreprendre à partir de ses points forts et des compétences à développer.

L'attitude de l'observateur

L'évaluation proposée est qualitative, elle observe le sens que revêt une posture ou un mouvement pour cette personne en particulier. Ce n'est pas l'aptitude de la fonction que l'on observe mais la couleur singulière de son expression.

En tant que psychomotricien nous devons nous tenir dans une "disposition intérieure"¹² nous rendant sensible à la perception de ce qui met la personne "en mouvement". Quel sens donne - t'elle à ce qu'elle vit, fait et projète durant le temps de son existence ?

La polysémie du mot "sens" désigne à la fois - la sensation, la direction et la signification¹³.

Comme pour le danseur, la perception de l'autre se réalise par la sensation que le psychomotricien a de lui-même. En effet, nous lisons dans l'autre ce à quoi notre proprioception nous a rendu réceptif. Là est tout l'enjeu de la sensibilité de notre formation par une pratique corporelle conscientisée et approfondie détachée du résultat et de la norme.¹⁴.

"Il faudrait arriver à agir en se détachant du résultat alors que nous sommes en permanence jugés par notre entourage sur ce que nous produisons, sur notre efficacité et sur notre image."

Ce 6° sens qu'Alain Damasio, Georges Vigarello, Alain Berthoz... appellent le "sentiment de soi" doit se structurer et s'affiner tout au long de notre exercice professionnel.

Nous décryptons par toutes nos sensibilités le vécu et l'intentionnalité de l'expression de la personne. Nous portons un regard et une écoute sur :

- la qualité du mouvement,
- les mots exprimés pour décrire son ressenti,
- l'adaptation des potentialités de la personne à son environnement
- l'ajustement de sa motricité aux limites rencontrées lors du vieillissement...

L'observation des conséquences psychomotrices de la chute peut se rapprocher de la lecture du mouvement proposée par le chorégraphe allemand Rudolph Von Laban¹⁵.

Il désignait par « Effort » les nuances des qualités du mouvement selon 4 facteurs : le poids, l'espace, le temps, le flux.

"Fruit de l'observation et de l'expérimentation dans l'art et dans le travail, l'Effort relie comme dans une spirale la pensée et la pratique, l'esprit et le corps, et permet d'aller au-delà de cette dichotomie. Il est une composante essentielle du mouvement, conçu dans l'approche labanienne comme un processus en constante modification qui engage la totalité de la personne et qui est au cœur même de l'expérience humaine. (...) Les facteurs de mouvements n'apparaissent pas isolés, mais surtout en groupe de deux, de trois ou de quatre. (...) L'effort n'étant pas un style de mouvement mais plutôt une expérience qui le précède et qui concerne la manière de faire le mouvement, son entraînement ne dispose pas de recette, de vocabulaire ou de pré-établi, de chemin privilégié ou interdit."¹⁶

- **LE POIDS - NOTRE RELATION AU SOL PAR NOS APPUIS**, auquel la danse associe la dynamique "du repoussé". Il s'agit de la force que nous mettons en jeu pour nous tenir debout ou nous extraire du sol, d'un fauteuil ou d'un lit. En constant dialogue avec la gravité, cette force nous met en mouvement. Dès l'enfance, au cours de notre développement psychomoteur, nous avons appris à dialoguer avec les forces de la pesanteur. Cet apprentissage prend une coloration singulière selon l'influence du milieu. Nous pourrions imaginer que notre capacité à se redresser est définitive. En

¹² JULLIEN, F Nourrir sa vie à l'écart du bonheur, Éditions du Seuil 2005

¹³ CHENG F, Œil ouvert et cœur battant comment envisager la beauté Editions Desclée de Brouwer 2011

¹⁴ GARROS J, Corporellement Psychomotricité ou la non-séparabilité des contraires. 3° édition Collection de Midi Capaduès-éditions 2021

¹⁵ LABAN R, La maîtrise du mouvement L'art de la danse Édition Actes Sud 1994

¹⁶ LOUREIRO de SOUZA A, L'effort : l'alternance dynamique du mouvement Villers-Cotterêts, Éditions Ressouvenances, 2013

réalité, ces circuits neuronaux se réactualisent sans cesse pour rester opérants. À tout âge l'expérience de la chute remet en jeu notre relation au sol. Là où chez l'enfant elle ne peut rester un accident, elle devient traumatique quand il n'est plus possible de relever du sol. Plusieurs questions se posent alors. La personne a-t-elle initié un redressement du sol et par quels moyens ? Est-elle parvenue à se relever du sol seule ou a-t-elle été aidée ? Comment s'organisent ses appuis pour se lever d'un fauteuil, sortir de son lit ou se relever du sol ?

- **L'ESPACE - NOTRE RELATION À L'ENVIRONNEMENT** nous habitons l'espace en même temps que l'espace structure tous nos mouvements. Intérieur et extérieur se co-engendrent dans le mouvement infini de notre présence au monde. Comment la personne va-t-elle investir l'espace qui l'entoure, ce que R. Von Laban appelle la « kinesphère » ? A-t-elle peur du vide autour d'elle ? Se sent-elle aspirée par l'espace recherchant pour se déplacer des appuis fixes dans son environnement ? Perd-t-elle l'équilibre en se retournant en l'absence d'anticipation du regard, qui place ses appuis visuels et organise ses appuis périphériques (mains et pieds) ? Quel est son périmètre de marche ? Sort-elle de chez elle seule ou accompagnée ? Moins nous sortons de notre domicile plus nous chuterons. Quelle est la taille et le niveau de son espace investi ? Utilise-t-elle le niveau bas en jardinant, atteint-il le niveau haut en ouvrant les placards de sa cuisine ?
- **LE TEMPS - LA FLUIDITÉ RYTHMIQUE**, dans quelle dynamique se réalise la motricité de la personne. A-t-elle besoin de ralentir ses mouvements pour mieux les ressentir ? A-t-elle la capacité d'accélérer ou de ralentir sa marche, peut-elle marcher sur une pulsation. Peut-elle s'arrêter à un signal donné ? Comment gère-t-elle sa fatigue dans la durée d'une action ?
- **LE FLUX - LA RÉGULATION DU GESTE**, l'harmonisation du tonus musculaire est tout l'art du mouvement, offrant fluidité à la mélodie cinétique de nos gestes et de nos déplacements. La respiration va jouer ici un rôle central. Elle sera considérablement freinée par la peur de re-tomber dans le syndrome post chute. La régulation des gestes et de la posture perdent alors leur fluidité, le mouvement est retenu, freiné. Son dos est-il déporté vers l'arrière, signe fréquent d'un blocage diaphragmatique ? La sangle abdominale est-elle bloquée ou relâchée ? De nombreuses personnes qui ont chuté souffrent d'incontinence suite à cette dérégulation du lien diaphragme thoracique et muscles du périnée.

Pour donner un visage à cette observation, nous laisserons la place au récit de la première rencontre afin d'ouvrir la perspective de cette réflexion et mesurer les enjeux de l'évaluation à domicile. Le récit de cette observation, nous rappelle l'importance du temps et du cadre du premier contact dans le lieu intime du domicile.

Sans conclure, que ces mots invitent le lecteur à voyager dans une rencontre toujours singulière. Chacune est fondatrice de ce que nous co-construirons avec toutes les personnes de l'atelier "racines d'équilibre".

La rencontre au domicile - l'un pour l'autre

Au petit matin d'une chaude journée de septembre, nous avons rendez-vous avec Madame J. Elle est âgée de 83 ans. Elle nous accueille à son domicile. Laetitia, stagiaire, et moi-même la rejoignons dans l'élégante bâtisse qui surplombe l'immense parking bitumé. La maison est implantée dans l'enceinte d'un garage automobile. Son mari la précède.

À petits pas hésitants, elle nous rejoint souriante. Ses yeux bleus pétillants expriment sa joie de nous accueillir chez elle. Je porte une attention sur les fleurs de son jardin et admire l'entretien des plantations. Elle n'y vient plus seule depuis qu'une mauvaise chute l'a plaquée au sol sur l'allée de pierres sèches. C'est maintenant son mari qui jardine. Elle, « admire son travail du haut de son balcon » nous dit-elle !

Dès les premières minutes, nous ressentons la tendresse des soins qu'ils portent l'un pour l'autre.

Dans l'entrée au rez-de-chaussée, une vieille boîte en fer est posée sur la table en bois placée au bas du majestueux escalier en chêne. À l'intérieur sont rangées les clés du grand portail du garage. Elle nous est présentée comme le véritable centre de gravité de la maison. Elle est en effet, le lieu de

l'articulation entre le passé et le futur. Chaque jour, à la première et à la dernière heure il vient ouvrir et fermer le lourd portail de fer donnant sur le grand parking bitumé.

Toute la vie du garage est rythmée par son geste, ouvrant et fermant le passage aux ouvriers et aux clients. Du haut des ses nombreuses années, il reste le "patron du garage". Ils n'ont jamais quitté le lieu. L'activité du garage rythme encore leurs pas.

Elle monte à pas mesurés chaque marche du grand escalier, s'agrippant difficilement à la rampe moulurée, trop large pour être saisie par ses petites mains. Courageusement sans s'être arrêtée, elle atteint toute seule le premier étage, une fois encore, une fois de plus ! J'entends dans son souffle la fatigue de l'effort. Le franchira t'elle encore longtemps ? Son cœur semble si usé.

Nous arrivons dans la salle à manger où les meubles en bois massif occupent tout l'espace.

En nous invitant à nous assoir autour de la grande table familiale, elle retire difficilement la lourde chaise pour s'y installer à son tour. Chaque meuble porte en lui tout le poids du passé. Elle se refuse à changer son environnement malgré son manque de force pour déplacer ce lourd mobilier en chêne. Tout est dit. Elle se tient debout par la mémoire du lieu qu'elle garde intact.

Elle se remémore son mari, ses deux enfants assis autour de la grande table - elle, venant de la cuisine, apportant les grands plats du repas familial. Ses souvenirs la redressent.

Aujourd'hui, au grand regret de son mari, elle se tient toujours assise en avant de sa chaise. Peut-être ne réalise-t'il pas qu'elle n'a plus de force de l'avancer ! Il lui sert le repas qu'il a préparé avec attention. Du matin au soir, dans la grande bâtisse qu'il a baptisée "l'Ehpad L", il reste le vigile des lieux. Il est aux moindres petits soins pour celle qu'il appelle "minette". Elle, ravissante petite princesse s'évade dans la rêverie des jours par la lecture, ses mots fléchés et de longs appels téléphoniques à ses amies.

Il était le patron du garage, elle en était la comptable.

Aujourd'hui, ils comptent l'un pour l'autre. Il ne cesse de réparer l'environnement en fabriquant ingénieusement mille aides techniques pour faciliter son indépendance. Il ne conduit plus sa moto de peur de tomber à son tour, ce qui le priverait de la protection qu'il exerce sur elle.

Ils se tiennent à l'arrêt. En appui l'un sur l'autre, ils s'équilibrent ainsi dans la force du lien.

C'est malheureusement dans les méandres de son cervelet que se cache la faille qu'ils redoutent tant, l'un et l'autre. "Des lésions" ont provoqué chez elle trois chutes avec perte de connaissance et une crise d'épilepsie. L'une des deux l'a laissée au sol plus d'une heure. Nous savons que le traumatisme de la chute est proportionnel au temps passé au sol. Rester une heure immobilisé au sol représente un facteur de rechute élevé. La dernière chute, sans perte de connaissance a été publique. Elle a généré un fort sentiment de dévalorisation et a totalement effondré sa confiance.

De son lointain passé, la fracture de son tibia dans une descente au ski nous laisse imaginer qu'elle a été impliquée dans une activité sportive. Elle aimait passionnément la montagne. Ils y allaient ensemble chaque dimanche. L'intervention chirurgicale aux vertèbres du cou lui a laissé de nombreux vertiges, nous dit-elle. Toutes ses difficultés sont regroupées au niveau de sa tête et de son cou, ce qu'elle exprime par une posture figée.

Elle appréhende la chute lors de la marche et non au cours du redressement grâce à la stabilité du lourd mobilier. Elle craint de se déplacer en public car redoute les mouvements de foule. Le référentiel allo-centré¹⁷ nous permet de différencier notre propre vitesse de mouvement de celle des autres. Ce trouble nous indique un manque de régulation dans l'intégration des données spatiales, certainement liés aux accidents ischémiques du cervelet.

Les points d'impact de sa chute sont sur sa tête et son visage en raison d'une absence de réactions d'adaptation posturales et un affaiblissement des réflexes d'équilibration. Les conséquences des rechutes sont pour elles physiques et morales. Elle se voit diminuée et ressent qu'elle perd son élan vital.

Son manque de mobilité des cervicales bloque tous les mouvements de rotation dans le passage assis-debout et assis-couché comme dans le demi tour. Son axe ne met plus en connexion tête et bassin, épaules et hanches, par la rotation des vertèbres. Sa posture se raidit sans anticipation du

17 PAILLARD J, Les déterminants moteurs de la perception de l'espace Cahiers de Psychologie, 1971, 14, N° 4, 261-316

regard. Ses yeux se posent près de ses pieds lors de ses déplacements. Elle s'accroche par les yeux au monde environnant, ce qui fixe toutes ses articulations et la fait tomber.

Le dessin de soi en position debout, va être un moment de bascule dans le temps d'évaluation. Je lui propose de se redresser entre la grande table et sa chaise. Je l'invite à fermer ses yeux pour ressentir la sensation de l'espace intérieur entre ses pieds à sa tête.

Quand soudainement et à son initiative, assis en face d'elle, son mari se lève à son tour. À notre grande surprise, debout en silence il ferme ses yeux comme elle. Un grand moment d'émotion traverse la pièce. Très émues, nous percevons Laetitia et moi, la force du lien de l'un pour l'autre exprimant leur désir de vivre ensemble l'intériorité de cette proposition.

L'un pour l'autre suit en silence le cheminement des sensations de ce qui maintient son équilibre en position debout. Au bout de quelques minutes, après avoir éprouvé leur verticalité, chacun ouvre à son tour ses yeux.

Debout l'un en face de l'autre, ils se regardent attentivement sans mot.

Puis, elle s'assoie prend la feuille et le crayon et se dessine jeune femme, cheveux longs, avec une grande robe.

Elle nous raconte qu'elle n'aimait pas traverser les grandes places quand elle était jeune par crainte du regard que l'on aurait pu porter sur elle. Elle évoque sa dernière chute publique qui a représenté pour elle un fort traumatisme émotionnel. Elle finit de se dessiner bien stable dans ses appuis. Nous regardons ensemble son dessin. Elle le commente exprimant une image positive d'elle-même. Je rajoute à ses mots combien sa représentation évoque la stabilité, la confiance dans ses appuis et la force de sa verticalité. Le sourire qu'elle ajoute sur son visage dessine la joie de ce moment.

Nous voyons là qu'il ne s'agit pas de "dessiner un bonhomme", mais d'esquisser dans un modeste schéma à partir de son ressenti. La nomination du vécu de l'expérience est fondatrice de l'amorce du travail psychomoteur, où l'attention sera portée sur le vécu de l'expérience et ce qui y est associé.

Au milieu des 7 changements de posture, le dessin de soi est un passage vers une deuxième partie de l'évaluation tournée vers l'intériorité du mouvement depuis la position couchée. C'est un moment particulier où l'on abandonne le contrôle mental pour se rendre présent aux sensations internes qui émergent de l'expérience du mouvement conduit par la perception de soi.

À la fin de cette étape, nous rejoignons sa chambre pour qu'elle nous montre comment elle se couche et se lève de son lit. La sécurité du lit, lieu refuge et de réconfort offre un support stable et confortable pour regagner la confiance dans sa capacité à se mobiliser.

Se coucher et se relever du lit vont impliquer les mêmes mouvements que ceux engagés pour se relever du sol. Nous observons dans sa manière de se coucher et se relever par quel cheminement nous l'accompagnerons au sol.

Nos mots soutiendront alors les étapes de son redressement du sol en renommant les gestes qu'elle a fait pour se relever du lit. Elle nous apprend ainsi dans la manière de se mouvoir sur le support en hauteur du lit, comment la conduire au sol et guider son relever.

Nous découvrons que son mari a équipé le lit d'une barrière métallique qu'il a fabriqué pour qu'elle ne craigne pas de tomber du lit. Il nous montre combien elle lui sert d'appui pour se redresser. Il a transformé leur lit matrimonial en lit médicalisé. Tous les endroits à risque de chute de la maison ont été aménagés avec des rampes, des tapis, des poignées comme dans un lieu médicalisé !

La dernière étape de l'évaluation est arrivée, nous revenons dans la salle à manger, lieu où a commencé l'entretien. C'est là que nous lui proposerons d'expérimenter le relever du sol sur un tapis de mousse. Je lui montre les différentes étapes pour descendre au sol et se relever avec l'aide d'une chaise comme elle l'a fait pour sortir du lit. Elle me regarde attentivement me disant qu'elle n'en n'est plus capable.

Dans un jeu complice, elle invite son mari à lui montrer comment faire. Il s'exécute généreusement.

Prise dans l'alliance du pacte de leur attention l'un pour l'autre, elle se lève de sa chaise sans mots et s'approche du tapis posé au sol.

L'imitant, elle reprend toutes les étapes pour descendre et se relever du sol sans aide en nommant les actions qu'elle fait ! Victorieuse, elle se redresse seule affichant un grand sourire et va se rasseoir.

La faille intérieure est comblée, rien ne l'empêchera de se relever.

Ils sont victorieux à deux.

À cet instant, libère-t-elle son mari de l'inquiétude de l'imaginer seule au sol dans l'incapacité de se relever en son absence ?

Le temps n'est plus à l'arrêt.

Il me propose de monter au 2^o étage pour me montrer son grand bureau professionnel.

Le bureau du "directeur du garage" veille toujours au dessus de l'immense parking bitumé.

En terminant cet entretien, nous bouclons l'histoire.

Nous organisons les modalités de déplacement de Madame J jusqu'à l'atelier où ont lieu les séances collectives. Grâce à la navette elle viendra sans lui. Un vent de liberté souffle sur l'enceinte du garage, elle nous rejoindra par ses propres moyens. Nous ré-entendons alors le sens de la petite phrase glissée dans l'entretien : "maintenant, il faut que j'arrive à ressortir toute seule !".

Le maillage avec l'atelier collectif est noué.

En se redressant seule du sol, elle s'est remise en chemin.

Radieuse, je la retrouve sur le plancher, la danse au bout des pieds !

Le cycle des 12 ateliers vient de se terminer, à l'heure où j'écris ce texte je n'ai pas encore été chez eux pour la deuxième évaluation.

Lors de sa venue au dernier atelier, arrivant à se relever seule du sol, elle nous donne son accord pour participer à la formation des pompiers en novembre. Radieuse, elle me dit : "Maintenant, je pourrai leur demander avant qu'ils ne me conduisent à l'hôpital, d'attendre que je me relève du sol comme à l'atelier !... "