

# Fondre pour ne pas s'effondrer, S'appuyer pour ne pas s'accrocher.

## L'accompagnement du chuteur âgé en psychomotricité

### Introduction

En 1985, quand j'ai commencé à travailler dans le domaine de la gériatrie, je n'avais pas rencontré auparavant de psychomotricien ayant déjà emprunté ce chemin. Lors de notre formation initiale, nous avons un stage d'une semaine dans un service gériatrique durant la troisième année de nos études, sans aucun enseignement sur le sujet. Nous découvrons ce milieu sans envisager encore de nous orienter dans cette direction.

Ma première expérience a consisté à proposer en 1987 un atelier d'aide aux aidants familiaux par le biais d'un cycle d'ateliers corporels en présence d'une psychologue clinicienne. Cette proposition expérimentale extrêmement innovante reste un dispositif insuffisamment développé aujourd'hui. J'ai proposé durant de nombreuses années des ateliers équilibre en maison de retraite. Mon expérience principale m'a permis d'accompagner individuellement des personnes ayant chuté, dans un service gériatrique hospitalier. L'équipe médicale du Centre Jean Vignalou du Centre Hospitalier de Pau et moi-même avons publié un certain nombre d'article à ce sujet (voir bibliographie).

En 2007, l'association les Ateliers du Cami Salié à Pau a initié une recherche action dans 15 EHPAD et dans 15 crèches afin de sensibiliser, les aînés, les familles et les professionnels aux conditions favorisant l'émergence de la verticalité et à son maintien tout au long de la vie. <sup>1</sup>

Aujourd'hui, cette association propose des ateliers de prévention des chutes dans l'intention de développer une réflexion sur la nature de la prévention des chutes. Notre choix s'est porté sur des liens plus étroits avec le domicile par une évaluation psychomotrice dans le lieu de vie des aînés et dans la recherche de continuité avec les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

Notre exposé est volontairement centré sur la problématique de la chute chez le sujet âgé. Nous avons fait le choix d'orienter la réflexion sur ce qui est spécifiquement psychomoteur dans ce que l'on peut proposer aux les aînés. En effet, la peur du vide caractéristique des angoisses archaïques du nourrisson se réactualise lorsque surviennent les troubles de l'équilibre liés au vieillissement et en particulier, chez une personne dépendant de l'aide d'un tiers pour se mobiliser. Elle se manifeste par les mêmes expressions : agrippement, recherche de l'appui arrière, blocage diaphragmatique, fixité du regard...

Conscient de l'urgence d'accompagner en psychomotricité les personnes ayant ou craignant de chuter, nous proposons une réflexion prenant appui sur ce que nous ont appris d es aînés que nous avons accompagnés.

Cette réflexion s'organise en trois parties :

1. L'évaluation du syndrome post chute - l'anamnèse de la rupture.
2. L'observation de la conscience corporelle du sujet ayant chuté - la chute fait le vide
3. Deux axes thérapeutiques prioritaires dans la prévention des chutes et l'accompagnement de personnes ayant chuté - la respiration et le repousser

---

<sup>1</sup> [www.ateliers-du-camisalie.fr](http://www.ateliers-du-camisalie.fr)

## I. L'anamnèse de la rupture - Le récit d'une chute, la problématique de la peur du vide - "le symptôme", étymologiquement "ce qui tombe avec"

Il est indispensable de donner du temps à la personne qui a chuté pour formuler le plus précisément possible les conditions de sa chute. Les détails lui permettront de se ré-approprier cet événement et cela, d'autant plus qu'un mécanisme de défense aura fait oublier les conditions du trauma. Évoquer le contexte de la chute permet d'une part d'en comprendre le sens et d'autre part de se mettre dans la perspective de réparer les traces du traumatisme.

Le sujet prend conscience au cours de son récit des stratégies qu'il a mises en œuvre ou pas. Il prend acte de ses capacités à se relever, "se remettre sur pied" - juste expression du langage courant associé au rétablissement de la santé. Enfin, se relever du sol met en jeu la capacité à se projeter dans l'avenir.<sup>2</sup>

Nous avons rencontré un homme ayant chuté à son domicile au cours de l'hospitalisation. qui a suivi la chute. Celui-ci a eu la gentillesse de nous rédiger très précisément le récit de sa chute. Son écrit est rédigé dans un premier temps en alexandrin. Il cesse de l'être dès que l'événement du traumatisme est annoncé. Cette première observation nous montre combien l'émotion fait perdre pied dans tous les sens du mot.

Nous allons prendre appui sur ce récit pour décrypter quels sont les nœuds de la problématique de la chute. Les points, soulignés dans le texte seront explicités plus loin.

### *Que ressent-on nous en fait lorsqu'on prend une bûche ?*

*Quelque chose d'atroce parfois désespérant  
Et quel que soit l'objet sur lequel on trébuche  
Il y a au fond de soi la peur de l'accident.  
Je suis tombé deux fois, deux fois accidentelles  
Et je peux donc parler du sentiment de peur qu'en fut le résultat  
Maintenant, je mets un terme à la versification et je passe au texte.*

*J'ai soixante et quinze ans et suis tombé deux fois conscient de ce qui m'arrivait et la première chute fut pour moi le seuil de l'Enfer.*

*Dans un froid glacial, pris d'une peur soudaine, j'ai ressenti l'horreur de ma situation. Pris de panique, incapable de me maîtriser, je me suis vu aux portes de la mort appelant au secours un improbable sauveur.*

*Ma chute à genoux fut brutale, coincé entre un meuble et mon lit, j'essayais de m'agripper à l'un et à l'autre, mais la force de mes bras fut hélas trop faible pour soulever le poids de mon corps. Je réussis à me dégager sur un mètre de large que je fis à genoux et là, je pus me laisser glisser dans une sorte de reptation sur le dos vers le téléphone qui était dans ma chambre. En me traînant vers le téléphone, qui me semblait au bout du monde, tant ma chambre était grande, il me fut impossible de l'atteindre.*

*Je continuais donc ma reptation vers la cuisine au sol carrelé, cherchant un point d'appui, mais j'étais tellement fatigué et angoissé que je suis resté allongé environ deux heures dans le désespoir.*

*Puis, je repris ma reptation vers le téléphone et je réussis à atteindre le fil de l'écouteur.*

---

<sup>2</sup> PONTON (G), *Apprendre à se relever du sol après une chute - se motiver à construire son devenir : un lien psychomoteur* - Congrès de rééducation fonctionnelle septembre Montpellier 1998 - article publié dans l'ouvrage "la chute du sujet âgé" chez Masson 1999

*En tirant le fil, je fis tomber l'appareil entraînant en même temps les feuillets d'adresses qui joutaient l'appareil. Tout alors se mélangea et les feuillets partirent.*

*Je me retrouvais assis, à demi dans une position instable et restais là un moment abasourdi. Je manipulais le clavier téléphonique dans une demie-conscience, essayant d'appeler un numéro qui m'était nécessaire.*

*Et soudain, le miracle s'accomplit, une voix me répondit !*

*Trente minutes après, on me relevait et l'on me mit dans mon lit dans un repos bienfaisant, grâce auquel je puis reprendre une partie de mes forces.*

*Ainsi se termine le récit de ma chute.*

*Cependant j'aimerais ajouter qu'en de pareils moments, le corps et l'esprit ont beaucoup de mal à réagir, et c'est justement là qu'est le danger, car en abandonnant la résistance à l'accident, on donne accès au découragement, voire au fatalisme. Il faut lutter en employant tous les moyens possibles. Il y a toujours une porte de sortie. Il faut avoir la foi et la confiance en soi.*

### **Analyse du processus**

**Sentiment de peur** - l'émotion de la peur habite le sujet ayant chuté il se craint lui-même à tel point que la peur le fera retomber, c'est ce que l'on appelle le syndrome post-chute. Antonio Damasio parle de "marqueurs somatiques" pour désigner l'inscription émotionnelle d'un événement traumatique; celui de la chute constitue une faille psychique dans tous les sens du mot.

**Deux fois conscient** - perdre connaissance c'est perdre pied, il s'agit ici de réaliser que la chute associée à une perte de conscience double la sensation de vide. L'évocation de l'accident n'est plus représentable, la peur ne peut être objectivée, la menace du danger se décuple. Les pertes de connaissances aussi courtes soient-elles, doivent être prises en considération car elles génèrent une absence de repère dans la temporalité du sujet.

**Froid glacial** - deux hypothèses peuvent expliquer cette sensation de froid. Le sol souvent froid, associé à l'immobilité prolongée vont générer un refroidissement de la personne pouvant entraîner une hypothermie après plusieurs heures allongé au sol. La sensation de froid peut être aussi associée à l'évocation d'un sentiment d'impuissance et d'abandon, réveillant des angoisses profondes, telles que la peur de mourir.

**Ma chute à genoux fut brutale** - Il nous faut toujours identifier comment la personne est tombée. Les points d'impacts de la chute nous indiquent les directions thérapeutiques à construire dans l'accompagnement thérapeutique qui va suivre. Si la personne tombe sur les fesses ou sur l'arrière de la tête elle présente des signes de rétropulsion. La chute sur les genoux indique une faiblesse du repousser. Lorsque les 3 centres de l'équilibre tête - bassin - pieds ne sont plus coordonnés et que le regard n'accompagne plus le mouvement de rotation, la personne tombera sur le côté en faisant un demi tour.

**La force de mes bras fut hélas trop faible** - Quelle stratégie a été mise en œuvre après la chute ? Ici, la personne exprime une incapacité à se repousser du sol et une prise d'initiative venant du haut du corps. Chacun de nous se relève du sol, chacun de nous initie des stratégies singulières. L'observation des stratégies individuelles orientera le suivi dans telle ou telle direction.

**Fatigué et angoissé deux heures dans le désespoir** - L'épuisement physique et moral fait suite à la chute tant le traumatisme de l'impuissance est élevé. Nous savons aussi combien l'épuisement et la dépression font tomber. Un diagnostic différentiel nous permettra d'identifier quelle est la fonction la chute a pour la personne. Nous ne tombons pas à n'importe quel moment de notre histoire. En dehors de l'accident qui fait tomber, la chute est souvent associée à un évènement extérieur faisant éruption, un sentiment de solitude, l'anniversaire d'une rupture, un moment de stress, un défaut d'attention ou bien la nécessité de se laisser glisser par épuisement, tout cela peut nous conduire au sol. Il est primordial de déceler la signification de la chute dans l'histoire de la personne. Nous chercherons à identifier le moment et le lieu. Tomber seul dans le noir, dans le silence d'une maison vide est plus angoissant car la sensation de vide est grande dans la nuit. Tomber publiquement dans la rue ou dans son jardin peut conduire à une dévalorisation hypothéquant la capacité à sortir seul de chez soi.

**Tout alors se mélangea** - La confusion et les troubles de l'orientation temporo-spatiale accompagnent souvent à une chute. Dans l'exemple du récit de cet homme, les feuillets téléphoniques dérangés expriment le brouillage des sens et de la perception. La médecine chinoise a identifié le "méridien de la verticalité" associé à notre présence dans l'ici et maintenant. L'être au monde que chacun occupe s'inscrit dans un espace-temps unique, chuter rompt la stabilité de l'ici et maintenant. Cette faille viendra interroger à la fois le passé - les circonstances ainsi que le futur - le projet de devenir. La chute est le premier motif d'entrée en institution gériatrique.

**On me relevait et l'on me mit dans mon lit** - La contenance du secours reconforte. Le lit, nid protecteur offre la sensation de sécurité maximale mais peut engendrer un repli sur soi. Trop vite et trop longtemps allongé, l'horizontalité provoquée par la chute peut déclencher une régression psychomotrice en développant une clinophilie. Le sujet choisira de ne rien faire pour ne plus se mettre en danger. L'enveloppement se retourne comme un gant, en inversant le processus la restauration de la verticalité sera empêchée.

**Deux sorties de crise : découragement, voire au fatalisme ou confiance en soi** - La chute prend ici la valeur d'un dénouement. Quelle direction se dessine quand les nœuds se lâchent ou rompent ?

Et si la chute était une alternative inconsciente, un évènement nous obligeant à faire un choix en nous faisant changer de point de vue? Cette occasion ré-initialise t-elle notre place ? Très souvent se repose la question du maintien à domicile, de la surveillance, de l'aide à proposer à la suite d'une chute. La chute place l'aîné au carrefour de son devenir.

## *II. L'évolution de la conscience corporelle du chuteur*

Une des grandes questions de notre pratique repose sur l'évaluation de la conscience corporelle. Ce que nous aurons identifié dans l'évaluation l'organisation singulière de la proprioception motivera le projet thérapeutique. Il n'existe pas de tests standardisés à propos de l'évaluation du schéma corporel chez les sujets âgés. Nous pouvons utiliser certaines épreuves des bilans neurologiques de la sensibilité, nous pouvons transposer les tests d'imitations de geste de Berges et Lezine, mais tout cela ne nous indiquera pas le

vécu de la personne. Le bilan psychomoteur que nous avons rédigé tient compte des étapes de la construction de la verticalité. Les mêmes organisateurs sont impliqués tout au long de la vie<sup>3</sup>.

L'observation des schèmes psychomoteurs, et en particulier les schèmes de retournement et l'organisation du repousser du sol nous donnent de bonnes indications de la conscience corporelle de l'aîné en nous indiquant ce qui initie sa motricité. Le dessin de soi tel que l'on se perçoit dans la position debout, et le modelage en terre les yeux fermés sont deux moyens complémentaires extrêmement riches pour évaluer la conscience corporelle.<sup>4</sup>

Nous avons retenu quatre principaux critères d'observation dans l'étude de la représentation de soi dans la position debout :

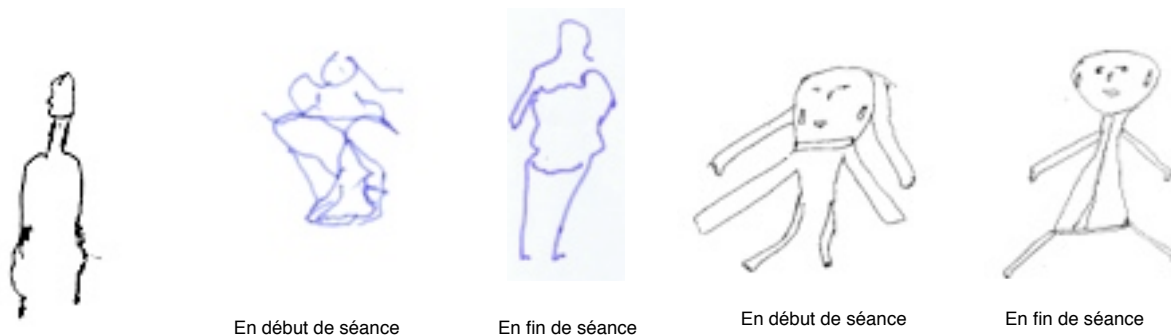
### 1. La relation centre périphérie :

Comment les segments sont réunis ? Est-ce que les extrémités sont présentes ou pas ? Quelle est la structure du dessin, longiligne, en triangle, sphérique, présence de la racine des membres par la représentation des épaules, du bassin et des hanches ?



Relation centre périphérie

2. **La conscience de l'axe** : Dans le cas de trouble de l'axialité, la forme du tronc est plutôt sphérique ou le tronc est absent, il est représenté par la ligne des bras, tel un vide contenu par la limite des bras. La différenciation de la tête et du buste parle de la mobilité du regard par la capacité à dissocier les deux centres de l'équilibre tête et buste. L'indépendance des mouvements de la tête est capitale puisque l'équilibre repose sur la combinaison des mouvements oculo-céphalo-gyre. La rotation des yeux est limitée à un angle de 20°, au-delà de cette limite, ce sont les mouvements de la tête qui interviennent dans le tour.



Conscience tubulaire

Deux exemples de réorganisation des appuis

### 3. La conscience des appuis :

- Le dessin des bras peuvent être démultipliés comme si le sujet s'accrochait partout.

<sup>3</sup> PONTON (G), Debout, Thérapie psychomotrice -et Recherches- N° 172 - 2012

<sup>4</sup> PONTON (G) La réorganisation de la conscience corporelle Se construire vivant dans la durée - Rendre visible l'invisible dans Thérapie psychomotrice et Recherches- N° 169 - 2012

- La présence des appuis de pieds Sont-ils orientés à plat sur le sol, verticaux comme suspendus ou représentés comme des pattes d'oiseau... ?
- Le placement du dessin par rapport à la feuille, dessinée en haut de la page avec beaucoup de vide en dessous.
- La conscience tubulaire, structure corporelle caractéristique chez les chuteurs âgé représentée par un tronc-canal avec une absence de fermeture du tronc signe un blocage diaphragmatique empêchant le dialogue avec le périnée.
- Il arrive que le sujet représente un membre fracturé par un trait moins précis ou une forme globale indéfinie.

**L'expression** : La peur s'exprime dans la dynamique tonique des dessins. Soit dans l'hypertonie - épaules remontées, fusion tête-tronc, attitude figée dans la raideur d'une posture ne prenant pas d'espace.

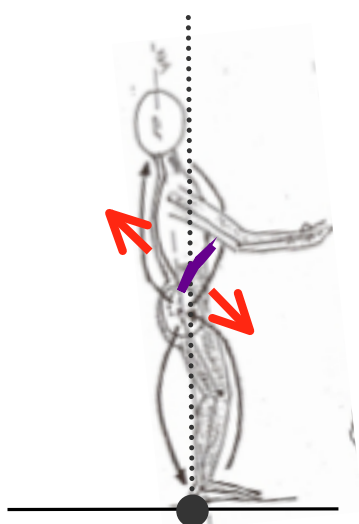
Soit dans l'hypotonie des membres inférieurs, exprimant les jambes qui lâchent, ou la peur qui fauche le sujet.

Certains dessins évoquent des tremblements par des formes graphiques zigzagantes.

**L'expression du visage** est très révélatrice. Nous avons remarqué que l'absence de représentation du visage était souvent mise en relation avec une difficulté d'intériorisation et une souffrance liée une image de soi dévalorisée.

### III. Perspectives thérapeutiques - inventer une nouvelle dialectique

#### 1. Chuter parce que l'on ne peut plus fondre -> Respirer pour s'équilibrer



déviation de l'axe vertébral vers l'arrière  
dans le cas de la rétroimpulsion

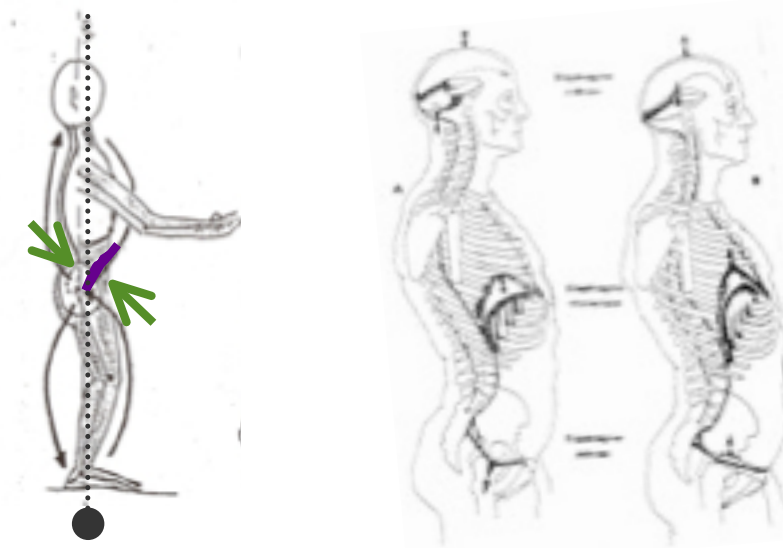
La **peur du vide** fait vivre une sensation d'attraction vers le bas et l'avant. Le sujet se sent aspiré par le vide antérieur, il ne trouve plus dans ses appuis de pieds les moyens de gérer le poids de son corps. Le poids du corps se déporte alors sur les talons. Avec la peur, la zone des omoplates se bloque et fait reculer l'axe vertébral vers le haut et l'arrière en recherchant la mémoire de l'arrière plan de la sécurité. Ce mouvement protecteur réactive la mémoire du premier réflexe d'ajustement postural, quand la courbure thoracique du fœtus s'appuyait contre la paroi de l'utérus maternel.

L'amplitude du mouvement de la coupole diaphragmatique se réduit. Le diaphragme ne peut plus s'appuyer sur les viscères puisque la paroi abdominale s'est distendue lors du vieillissement.

À cela s'ajoute le raccourcissement des psoas iliaques n'ajustant plus le dialogue avec le sol, trop courts ils bloquent la suspension des jambes aux lombaires. Enfin, il arrive que la

respiration et les yeux se figent dans le mouvement de rotation. Cela fera perdre l'équilibre dans le demi tour. La peur de tomber peut donc aussi immobiliser la coupole diaphragmatique par le blocage des basses côtes, comme un cri intérieur.

Nous orienterons l'éveil de la conscience respiratoire dans quatre directions :



- Remettre en jeu la mobilité du diaphragme thoracique pour harmoniser la circulation entre les trois volumes : crânien, thoracique et pelvien.

- Rétablir le dialogue tonique entre le diaphragme et le muscle transverse afin de diminuer le tonus de la ceinture scapulaire et de l'augmenter au niveau abdominal. voir dessin de gauche

- Dynamiser l'équilibre par synchronisation des quatre diaphragmes comme l'indiquent les deux schémas anatomiques de droite.

Le périnée, la voûte plantaire et la tente du cervelet constituent trois voutes en parallèle ajoutées à celle du diaphragme thoracique. Les mouvements d'inspiration et d'expiration amplifiés et approfondis viendront réharmoniser la continuité des ces 4 arches.

- Inviter le poids à venir s'appuyer dans le sol par le squelette osseux en donnant du temps au silence de la fin de l'expiration. La détente retrouvée par un mouvement respiratoire à nouveau amplifié et libre abaissera le thorax et invitera la région scapulaire et sternale à faire fondre les tensions générées par le stress de la peur de tomber.

## **2. Le chuteur s'agrippe pour résister à l'attraction du vide -> s'appuyer par son squelette interne pour s'émanciper de l'agrippement**

Comment s'adapte l'aîné pour ne pas chuter ? Le manque de confiance en soi fait rechercher des appuis dans l'environnement qu'il soit humain ou matériel. La personne menacée par la peur de chuter s'accroche obstinément à tout ce qui pourra la rassurer. Elle marche le long des murs pour être guidée dans sa verticalité et bénéficier de la proximité de la paroi pour s'appuyer. Ses yeux se portent devant ses pieds et ne peuvent plus se projeter au loin, ils restent accrochés à l'espace proche. Les mains sont devenues les yeux. Elles seront seules à donner la sensation de maîtrise de soi par la main mise sur le monde.

Les pieds glisseront au sol en diminuant le temps d'appui unipodal. Par ses milliers de capteurs proprioceptifs, la plante des pieds devient une véritable "rétine plantaire".

L'enroulement et les mouvements de flexion vont rassembler la personne en refermant l'espace corporel autour du centre.

La traction initie la spirale de la rétraction, le repliement hypothéquera rapidement l'indépendance. La chute résout la peur, aussi violente soit elle, elle met un terme à l'angoisse. Elle va engendrer une angoisse consécutive à la première, celle de craindre de ne pas savoir se relever.

En reprenant les mots du poète Holderlin "Là où le péril croît, croît aussi ce qui sauve", nous pouvons aider à renverser la situation en reprenant la logique du développement psychomoteur qui a initié naturellement et sans aucun apprentissage le redressement grâce à la dynamique du repousser.

Il s'agira alors de faire prendre conscience à l'ainé que personne ne lui a appris à marcher, qu'il a trouvé son équilibre dans le sol en franchissant seul et à son rythme toutes les étapes que l'espèce humaine a connu au cours de son évolution. Nous l'inviterons à retrouver en lui la mémoire de l'enfant qu'il a été se relevant du sol par lui-même. Notre observation portera plus précisément sur la manière singulière d'initier ses appuis pour s'extraire, du lit, puis du fauteuil ou d'une chaise et enfin du sol.

Chacun de nous organise l'enchaînement de ses appuis de manière spécifique, en utilisant plus ou moins le regard, l'enroulement, le retournement et le repousser. En prenant appui par les parties, **distales** (mains et pieds), **intermédiaires** (coudes et genoux! ou **proximales** (épaules et hanches).

Les **mouvements de transitions** peuvent être conservés et avec eux le mouvement spiralé, nous faisant passer progressivement d'un plan à un autre. Ou bien, dominé par l'obtention rapide d'un résultat, nous avons conditionné notre motricité à des actions frontales et directes et ainsi nous avons appauvri notre schéma corporel en diminuant la conscience d'un espace tri dimensionnel. Nous pourrions apprécier lors des mouvements spontanés comment la respiration participe ou pas au transfert du poids. Il arrive souvent qu'elle se bloque dans l'effort par une expiration courte. L'élan n'est plus donné par une préparation de l'action, le mouvement se fige comme une mécanique.

L'utilisation d'un plan Bobath sera précieuse car ce sol surélevé est facilement accessible. Il servira de support dans un deuxième temps pour rejoindre le sol. Les mouvements fondamentaux seront retrouvés grâce à la sécurité du plateau. Il servira de plateforme pour ré-expérimenter tous les mouvements réalisés par le jeune enfant au sol.

Le gros ballons et le trampoline aideront à la trouver un repousser élastique et rebondissant, donnant à la fois une dimension ludique tout en sollicitant de manière active l'oreille interne et le tonus axial. Le réajustement de la posture sur un tel support instable réactivera la fonction d'équilibration de la plante des pieds.





Nous voyons dans cette illustration combien l'apprentissage du relever du sol requiert une logique organique. L'entourage respectera les étapes du redressement humain tout en offrant une présence confiante et rassurante.

Nous retiendrons quelques clés pour conserver un bon équilibre :

- Respecter la position décubitus latéral comme position préférentielle d'endormissement
- Proposer à la personne de se lever du côté habituel du lit
- Solliciter le regard vers le bas et l'avant, l'enroulement et la respiration pour se mettre debout
- Inviter la personne à se retourner sur le côté avant de se lever du lit et de regarder sa chaise avant de s'asseoir, sans se laisser tomber dans son fauteuil.
- Prendre appui sur les coudes et les genoux le plus souvent possible pour conserver les positions intermédiaires.
- Éviter de s'accrocher mais s'appuyer sur un support stable en repoussant le sol ou le support.
- Conserver la mobilité de la nuque par un regard élargi et périphérique, anticipant les placements corporels dans l'espace.
- Respirer profondément et se donner l'élan avant tout mouvement impliquant l'équilibre couché, assis, debout ou en déplacement

## Mise en perspective

Notre travail, individualisé s'il en est échappé à toute protocolisation de notre démarche, sans rejeter pour autant le respect de certaines étapes. La chute ne devant pas être banalisée, il nous semble indispensable de reconnaître la nécessité d'offrir à la personne un temps pour évoquer les circonstances du trauma à la suite d'une rupture de l'équilibre.

Nous avons vu combien l'accompagnement des aînés menacés de chuter était un travail spécifiquement psychomoteur en raison de l'implication des schèmes de développement et de la ré-organisation de la conscience corporelle. Nous retenons combien la canalisation des émotions par la respiration est primordiale pour gérer le stress de la chute mais rétablir l'équilibre en levant les blocages diaphragmatiques consécutifs à la peur de tomber.

Le travail de prévention est colossal et urgent, nous invitons les jeunes professionnels à s'investir dans ce domaine en suivant trois étapes :

- 1 L'évaluation individuelle à domicile,
- 2 L'accompagnement par un cycle de 12 séances au minimum
- 3 Une dernière évaluation à domicile que nous communiquerons au médecin de la personne

Notre profession formée très tôt à suivre le développement de l'enfant ne craint pas d'utiliser le sol comme le font les danseurs contemporains, nous en voyons la richesse dans le domaine de la gériatrie.

Un homme amputé d'un bras, hospitalisé après une fracture du col du fémur nous a dit un jour en apprenant à se relever du sol : "Quand je suis par terre, pour me relever j'imagine que quelqu'un vient m'inviter à danser."

Quelle belle invitation !

### Bibliographie :

- *Entre l'abîme gériatrique et le jardin de la vieillesse - la poésie du présent* SNUP Toulon octobre 2010
- *Plasticité d'apprentissage et conscience corporelle – vivre pour se transformer sans cesse* NANTES janvier 2008
- *La perception de soi* Université de Pau et des Pays de l'Adour Novembre 2005
- *Psychomotricité et gériatrie - le potentiel adaptatif du vieillissement.* Journée de psychomotricité TOURS Avril 2005
- *Comment le psychomotricien s'appuie-t-il sur la conscience corporelle pour lever les signes du syndrome post-chute auprès de la personne âgée : dépistage - réadaptation.* Journée gériatriques de TARBES Mars 2004
- *Pour une architecture gérontologique levier d'autonomie,* congrès international de gérontologie francophone "potentiel et ressources" BRUXELLES Septembre 2002
- *Développer le lien entre potentiel attentionnel et conscience corporelle ou Comment la psychomotricité accompagne l'Ancien "à faire du neuf"* - Journées annuelles des hôpitaux de jours Niort - Juin 2002
- *Entre l'amont et l'aval de la chute du sujet âgé - un réseau sans failles* - Journée Nationale d'ergothérapie - salon Autonomic Sud, TOULOUSE. Mai 2001
- *Apprendre à se relever du sol après une chute - se motiver à construire son devenir : un lien psychomoteur* - Congrès de rééducation fonctionnelle septembre Montpellier 1998 (article publié dans l'ouvrage "la chute du sujet âgé" chez Masson 1999)
- *La toile du temps- la vieillesse vit au centre du temps* - Journées annuelles de thérapie psychomotrice NÎMES. Octobre 1999 (article publié dans la revue thérapie psychomotrice et recherche N°122)
- *Réconforter l'identité du sujet âgé* Revue décideurs - gérontologie N°21 Janvier 1999
- *Viellir pour devenir le corps que l'on est* - Journées annuelles de thérapie psychomotrice BORDEAUX. Octobre 1998
- *Une approche psychomotrice de la chute chez le sujet âgé* - Congrès International de gérontologie francophone GENÈVE Septembre 1998
- *Entre formation et déformation, la vieillesse est un apprentissage* Université de PAU Mars 1997
- *Un monde sensible en perpétuelle transformation : psychomotricité et vieillesse* - Groupe de réflexion transdisciplinaire Université de PAU Juillet 1997