

Entre l'abîme gériatrique et le jardin de la vieillesse, la poésie du présent

Vous faites vos premiers pas seul dans votre nouvelle chambre du service de gériatrie, après votre fracture du fémur. Vous avez repris confiance en vous. Vous osez franchir la porte de votre chambre pour voir arriver la personne de votre famille, celle que vous attendez d'heures en heures.

Vous ouvrez la grande porte grise, elle vous paraît immensément lourde. Vous reculez péniblement votre déambulateur tout en tenant la poignée de la porte, tout cela, dans un équilibre trop fragile !

Grâce à votre farouche détermination, vous sortez enfin de votre chambre.

Debout, planté devant la porte, un premier doute s'impose à vous : dans quelle direction aller ?

De quel côté va t-elle arriver ?

Vous discernez sur votre gauche, une clarté au fond du tunnel. Vous en déduisez naturellement, que l'entrée doit être du côté de la lumière. Vous vous dirigez donc dans ce côté du couloir.

À petits pas, vous marchez de porte en porte, vous contournez les chariots de linge, vous évitez d'encombrer le passage des brancardiers. Vous renoncez à vous asseoir en chemin, d'ailleurs vous ne risquez pas de vous asseoir, les fauteuils se trouvent derrière une table basse ! Votre déambulateur vous empêche de les atteindre.

Au bout de 20 minutes de marche, vous avez enfin parcouru les 50 mètres qui vous conduisent à la lumière. Et là, désespoir, vous êtes au bout du couloir, mais l'entrée est à l'autre bout ! Vous êtes à la fois déçu, découragé, vous vous sentez dévalorisé, impuissant.

Qu'êtes-vous devenu pour être incapable d'atteindre l'entrée ?

Vous êtes épuisé. "Embolisé" au bout du couloir, l'inquiétude vous gagne. Vous doutez de votre capacité à parcourir le chemin du retour.

Péniblement, vous faites un demi-tour espérant regagner le refuge de votre chambre. Mais en vous retournant, vous découvrez que toutes les portes laissées ouvertes sont identiques, tous les dessus-de-lit sont de couleur jaune paille. Vous ne discernez aucun numéro sur les portes - ils sont écrits d'une couleur trop claire pour votre vue. En vous rapprochant, vous ne pouvez discerner les chiffres inscrits trop haut sur la porte.

Par quel moyen retrouver sa chambre dans ce dédale de portes identiques ?

Les personnes autour de vous marchent trop vite pour avoir le temps de vous renseigner. D'ailleurs, vous n'osez pas les interrompre, leur tâche a bien plus d'importance à vos yeux que votre question !

Vous-vous sentez seul, impuissant, encore plus vieux !

La tristesse vous submerge. Les images de votre petite maison défilent en vous.

Chez vous, tout paraissait à portée de main, tous les meubles vous servaient d'appui, tout avait du sens - tout avait été choisi et posé là par vos soins.

L'émotion vous envahit, vous chanceliez, vous perdez l'équilibre.

Par chance, une aide-soignante vous voit et se précipite pour vous éviter de chuter. Elle a eu tellement peur pour vous, qu'elle vous reproche d'être là, au milieu du couloir, à risquer de tomber, vous, à votre âge, après une fracture, mais quelle inconscience ! Sans vous lâcher, elle rapproche d'une main un siège pour vous y asseoir.

"Encoffré" dans ce grand fauteuil au fond du couloir, vous êtes là, assis sans force. L'aide soignante n'a pas le temps de prendre tout le temps qui vous serait nécessaire pour vous raccompagner en marchant. Elle apporte un fauteuil roulant et, énergiquement, vous conduit dans votre chambre.

Vous ne savez toujours pas quel est le numéro de votre chambre, d'ailleurs, vous ne le lui demandez pas - vous savez déjà, que vous ne franchirez plus jamais la porte du couloir tout seul.
Vous resterez là, entre les quatre murs de la chambre qui vous a été affectée.
Vous resterez là, vous ne vous sentirez plus capable de la moindre initiative.
Bientôt viendra le jour, où, vous n'oserez plus marcher dans votre chambre.

Vous resterez là, à attendre, les yeux rivés sur la porte, ouverte sur le couloir pour que vous puissiez capter le moindre passage de vie.

L'espace deviendra l'écho d'un monde auquel vous ne participerez plus.

Vous déposerez tous vos rêves, sur le dossier de la chaise qui vous fait face.
Viendra le jour, où vous n'attendrez plus personne.
Vos yeux se tourneront vers la fenêtre, et d'heures en heures, ils fixeront inlassablement le grand ciel.

Nous redoutons tous, de rejoindre un jour, de tels abîmes gériatriques.
Ces établissements, encore trop souvent gouvernés par une logique sanitaire, sont coupés du vivant et, de ce fait, séparés de la vie. En craignant de finir nos jours dans un tel univers, nous redoutons au fond d'être coupés de nous-mêmes, séparés des autres et du monde actuel.
Reprenons la situation évoquée précédemment pour identifier la problématique vécue par l'ainé, afin de dégager les directions du travail du psychomotricien dans ce milieu.

La relation à l'environnement - La "niche écologique gériatrique"

La dénomination "maison de retraite" vient d'être remplacée par ÉHPAD - Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. La maison a disparu pour faire place à un établissement !

Qu'est-ce qui est établi dans un établissement ?

Que devient-on si tout est établi ? C'est mortel d'imaginer un établissement de la vie.
L'ordre sanitaire conçoit des espaces collectifs totalement inadaptés aux aînés. En effet, les espaces de déambulation les obligent à des périmètres de marche beaucoup trop longs. L'uniformité des lieux ne permet pas d'orientation possible, ni d'appropriation de l'espace. Si nous ne savons pas reconnaître notre lieu de vie, comment l'investir comme notre domicile ?

Le mobilier et l'environnement sont soumis à des contraintes de sécurité et d'hygiène toujours plus restrictives. Pour cette raison, ce milieu est le plus souvent réalisé dans des matériaux inorganiques, froids et impersonnels. Le bois et le coton ont cédé la place à l'inox, au carrelage et aux matières plastiques. La porte anti-feu est trop lourde à pousser quand les forces sont fragilisées. Identique à sa voisine de couloir, elle se confond comme dans tout univers concentrationnaire, où l'uniformité menace l'individualité.

Couleurs et éclairages ne prennent pas en compte le vieillissement de la perception. En effet, la vision des contrastes diminue ainsi que la profondeur de champ. Les couleurs claires ne sont pas visibles, et paraissent plus hautes que les foncées. En vieillissant, les troubles de l'équilibre obligent à abaisser le regard pour se stabiliser. La signalétique doit donc être abaissée aux poignées de portes pour être perçue.

Aucune fibre du passé ne s'inscrit dans le froid d'une table en bois aggloméré, hygiéniquement plastifiée.
Aucune histoire ne se livre dans les plis du même tissu jaune paille qui recouvre tous les lits du couloir.
Rien ne peut faire sens et mémoire dans un univers aussi aseptisé et standardisé.

Grand paradoxe, les professionnels doivent évaluer quotidiennement la capacité à s'orienter dans l'espace des aînés pour compléter les grilles d'autonomie qui détermineront le montant de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, et en même temps, les établissements gériatriques clonés, répètent inlassablement les mêmes erreurs architecturales !

Une étude récente vient de mettre en évidence que des souris élevées dans des conditions de confort et dans un environnement stimulant, montrent une plus grande résistance aux toxines et aux drogues. De la même manière, un milieu enrichi développe les capacités mnésiques des primates et favorise leurs apprentissages.¹

L'environnement architectural constitue une vraie limite au travail en psychomotricité. Sans matériaux du vivant notre travail s'ensable. Un milieu appauvri en stimulations sensorielles stérilise l'imaginaire et la créativité.

La relation à l'autre - L'effet miroir de la souffrance

Entre soignants et aînés plusieurs formes de conflit peuvent se livrer sur la scène du soin.

1. Le conflit du temps

Les aiguilles du temps ne tournent pas à la même cadence pour ceux pour lesquels l'attente est devenue mortelle, et ceux qui courent dans le manque de temps, en raison de l'immense charge de travail de telles unités de soins.

De nombreux soignants souffrent de devoir aller vite en sachant qu'ils désertent inexorablement l'échange avec l'aîné. Comment faire autrement quand deux soignants doivent réaliser 22 changes par tournée, dans moins d'une heure trente ? Les gestes sont obligatoirement automatisés et de ce fait durs et secs en raison de leur rapidité. À plus ou moins long terme, l'acte de soin perd son sens, pour devenir une tâche répétitive.

La division des tâches fait loi dans la gestion des soins, les automatismes désynchronisent la relation, créant une présence discontinue dans un temps commun.

Ajouté à cela, les protocoles standardisés enferment le soignant dans un planning invariable, à l'image des aînés qui colmatent l'angoisse de mort, par des habitudes de vie extrêmement ritualisées.

Pour échapper au chaos du non sens, deux systèmes de défenses vont opérer en miroir :

- *Le soignant entre dans l'activisme* pour ne pas se rendre conscient du non sens à l'œuvre. Il échappe au présent par l'*anticipation* permanente le faisant s'absenter du présent de la relation.
- Au contraire, *l'aîné entre dans l'inhibition* de l'action par démotivation - son désir, son rythme et ses potentialités n'étant plus reconnus. Il se réfugie dans la *passivité* pour échapper au sentiment d'impuissance. Plutôt ne rien faire que mal faire, ce qui est aussi un principe d'auto-conservation.

2. Le conflit du poids

La dépendance de la fin de vie impose au professionnel, des soins de nursing fréquents, très épuisants physiquement et moralement. L'usure le conduit à trouver des stratégies pour s'adapter. S'il n'a pas éveillé sa conscience corporelle, il risque d'augmenter la vitesse de ses gestes pour diminuer l'effort. Il soulèvera la personne en force, en "arrachant" le poids du support, au lieu de prendre de bons appuis dans le sol tout en reliant son geste à la respiration.

Face à lui, l'aîné trop souvent statique vit une diminution des afférentes sensorielles et proprioceptives par la réduction de son activité. Son schéma corporel se trouve de ce fait amoindri. Pour compenser ce manque de sensation de soi, tout naturellement, à l'inverse du soignant, il diminue la vitesse de ses actions pour augmenter la perception (les informations proprioceptives empruntent des voies nerveuses à conduction lente).

Une telle contradiction d'intention empêche la coopération de l'aîné. Le soignant peut vivre cela comme un signe d'opposition de la part de l'aîné.

Pour résoudre ce conflit, l'aîné peut choisir d'abandonner son poids au soignant, ne faisant pas le poids dans tous les sens du mot. Il se vit comme une fardeau. Une personne suivie en psychomotricité m'avait dit un jour, *"on me remue comme un obus, et encore, un obus on le dirige !"*

L'aîné peut aussi redouter la situation de dépendance qui le prive de l'initiative de ses actes, il augmente alors son tonus musculaire, pour endiguer la peur du vide provoquée par la vitesse. Il freine l'action, il ne se sent

¹ Les dossiers de la recherche N° 40 Août 2010 Mohamed Jager "l'environnement qui guérit" p 52 - 55

plus maître, ni de lui-même ni de la situation. Nous entrons dans un cercle vicieux qui majore la dépendance de l'ainé et la souffrance du soignant.

Sans issu, dans une telle absence de dialogue, les deux protagonistes sortiront victimes du conflit.

3. Le conflit d'intention

L'institution gériatrique est le lieu d'une *hétérotopie*, selon la définition donnée par Michel Foucault². « L'hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles. ».

La maison de retraite est le lieu de travail pour l'un et le domicile pour l'autre. Cette double fonctionnalité peut conduire à des comportements aux logiques contradictoires, car nous ne pouvons pas séparer le geste de la signification que nous lui donnons dans un contexte donné.

Une simple action, comme par exemple, celle de se lever du lit est pour le soignant - une tâche professionnelle impliquant une ergonomie du geste acquise en formation, alors que pour l'ainé, cette action est - une réactivation des schèmes psychomoteurs, inscrits en lui depuis la petite enfance.

Nous avons tous un côté préférentiel pour nous endormir, nous sortons tous de notre lit en impliquant une organisation de nos appuis qui nous est propre.

Le soignant formé aux techniques de "manutention" (mot appartenant au registre des objets) centre son attention, et donc, l'intention de son geste, sur l'économie d'effort pour "extraire" l'ainé du lit.

L'ainé, quand il peut participer à l'action, implique sa mémoire corporelle pour réactiver une habitude motrice inscrite dans son schéma corporel.

Les deux logiques entreront en conflit, si le soignant automatise ses gestes sans les approprier à l'ainé. Or, nous avons vu combien il était nécessaire qu'il ressente son geste pour pouvoir l'adapter. La mise en jeu de son intériorité est une véritable intelligence du mouvement et de ce fait, *un sens de l'autre par soi-même*. Les neurologistes appellent une telle intelligence organique, la "*cognition incarnée*"³.

Si le soignant vit ce qu'il est en train de faire, il rejoindra par l'intérieur, la proprioception de l'ainé. Dans la situation, il saura ajuster, accorder, harmoniser son tonus musculaire, l'amplitude de ses gestes, leur rythme, ses appuis, ect... Sa présence intériorisée lui fera percevoir le "potentiel de situation"⁴, ce qui lui permettra de mesurer et d'impliquer le potentiel de l'ainé. Il valorisera sa participation et ainsi soutiendra son indépendance le plus longtemps possible. Il retardera ainsi l'entrée dans la grande dépendance.

Nous observons combien *sensibiliser le soignant à une présence à lui-même humanise le soin*, en faisant de l'ainé un autre soi-même⁵. C'est un travail de formation considérable à faire aujourd'hui.

La relation à soi-même - devenir de soi - Ré-accéder à l'autopoïèse

Un brin d'herbe verte
entre deux pierres sèches
Où est la terre
nourricière ?

Surtout ne pas comprendre,
Constater seulement
la vie
Espoir

Le printemps frémit
sous la terre rêche
Bientôt demain ...
l'Éveil

Geneviève FRADET Poète de 92 ans rencontrée lors d'un soin en milieu hospitalier.

² FOUCAULT (M), Dits et écrits 1984, Des espaces autres (conférence au centre d'études architecturales, 14 mars 1967), in architecture, mouvement, continuité, N°5, octobre 1984, pp.46-49

³ VARELA (F) L'inscription corporelle de l'esprit Paris Seuil 1993

⁴ JULIEN (F) Conférence sur l'efficacité Paris PUF 2005

⁵ RICŒUR (P) Vivant jusqu'à la mort suivi de fragments Paris Seuil 2007

Les effets iatrogènes de l'institution gériatriques demandent au psychomotricien une farouche implication , pour "raciner" dans un univers asséché, menacé par la dérive de soi. Il trouvera les ancrages dans la conscience corporelle, pour développer une pratique professionnelle suffisamment organique, et pouvoir ainsi accompagner l'aîné "transplanté" en institution.

Qu'est-ce qui tire la vie vers la vie ? Grande interrogation s'il en est !

Quelque soit notre âge, par quels moyens pouvons-nous survivre à une greffe dans un tel milieu ?

La première et dernière terre nourricière est en nous-même.

Or, quand cette terre se réduit par l'absence d'échanges, se noue dans la souffrance, est empierrée par l'usure, s'asséchée par le manque de tendresse,... par quelle brèche s'extraire de l'oubli ?

Telle est la première question que l'on se pose lors d'un accompagnement en psychomotricité.

Chacun y répond de manière singulière, là est la richesse de la rencontre.

"Surtout ne pas comprendre", constater, accueillir, ressentir, se laisser toucher par ce qui se livre dans la confiance du soin.

Quel processus observons-nous dans la relation que l'aîné vit à lui-même, quand il ne peut plus se situer, ni en lui, ni dans l'espace ? Quand il doit "rester là" sans aucun autre moyen que celui de "rester là".

La crise, au sens premier du mot, est la faculté de distinguer une décision entre deux choix possibles. Or cette décision est souvent non consciente, elle s'impose à nous comme une nécessité intérieure. Lors de cette phase aiguë de la crise, la situation est critique, l'aîné est alors particulièrement vulnérable, tout peut basculer.

Le premier risque est la désorganisation de soi, la "désarticulation" des repères internes et spatiaux-temporels. Elle est souvent associée aux marqueurs somatiques de la peur - "perde pied" en quelque sorte !

Dans le chaos interne éprouvé par l'aîné en situation de crise, plusieurs alternatives sont possibles, nous allons en retenir trois :

- *L'inhibition psychomotrice* - elle conduit à un repli sur soi, puis le plus souvent, à un syndrome de glissement , qui mènera à plus ou moins long terme au décès.
- La situation de *rupture*, souvent exprimée dans la chute, - elle sidère l'équilibre et neutralise la mobilité, et de ce fait, amoindrit la conscience corporelle. Ces troubles ont des conséquences fonctionnelles, mais au-delà identitaires. Oliver Sacks écrit : "Privé de proprioception, nous sommes dépourvus des attaches fondamentales de l'identité."⁶

Une autre forme de rupture peut s'exprimer dans la séparation d'avec soi-même. La désorientation, va ouvrir la voie à la confusion et au-delà, vont se développer toutes les pathologies dégénératives de la cognition.

- Une troisième alternative, plus favorable, peut voir le jour; il s'agit de la restauration de soi par le processus auto-organisation. La *re-dynamisation des appuis internes* va jouer dans ce cas un rôle considérable, en éveillant l'affirmation de soi par l'ancrage dans le présent. L'appui interne de la confiance se développe lorsque l'on s'éveille à nos propres sensations corporelles.

Le "bon sens" de la proprioception re-dynamise la confiance en soi, il implique la personne dans une action guidée par la perception et ainsi, la *réalité sera objectivée par une reconnaissance sensitive et sensorielle*. L'éveil de l'attention et l'activation des sens donnent à tout âge, les moyens perceptifs de rester relié au monde, pour continuer à y participer.

Nous avons découvert avec émerveillement, que les aînés peuvent ainsi renouveler leur élan vital sans limite de temps. Quand l'expérience est vécue et guidée de l'intérieur et quand le contexte relationnel valorise la reconnaissance, l'affirmation de soi. La dynamique de projet se renforce alors tout naturellement.

Voilà comment les aînés décrivent les moyens employés en psychomotricité pour restaurer le sentiment de sécurité :

La psychomotricité ça sert à

- "Activer le moteur des nerfs"

- "Apprendre à se servir des ressources que l'on a dans le corps"

- "Ajouter chaque fois au potentiel existant, remonter le moral en se remettant sur pied !".

⁶ SACKS (O) Musicophilia : la musique le cerveau et nous Paris, Seuil 2009

- "Faire travailler le cerveau pour entraîner les parties du corps suivant la nature de la personne "

Plus concrètement, une dame de 94 ans a formulé ceci à la fin d'une séance :

- " Quand on fait ce travail, c'est ce que l'on ressent que l'on peut exprimer.

Je ressens quelque chose qui se détend, comme un élastique dans tout le corps.

Cela détend ce que vous êtes.

Cela fait sentir la force que l'on éprouve à ce que l'on fait.

Cela fait comme quelque chose qui vous pousse, vous le sentez, et vous sentez que vous pouvez aller plus loin."

Pour comprendre le levier de transformation mis à l'œuvre dans la pratique psychomotrice, nous rattacherons l'expérience psychomotrice à deux notions définies par Francisco Varela, neuro-biologiste, il s'agit de l'*énaction* et de l'*autopoïèse*.

- "En recourant au terme d'*énaction*, nous souhaitons souligner une fois de plus, que *les processus sensoriels et moteurs, la perception et l'action sont fondamentalement inséparables dans la cognition vécue.*

- La perception consiste en une action guidée par la perception.

- Les structures cognitives émergent des schèmes sensori-moteurs récurrents qui permettent à l'action d'être guidée par la perception."⁷

En d'autres termes, voilà ce qui est dit par une dame de 94 ans, à propos de l'*énaction* :

"La psychomotricité, c'est ce qui étudie la relativité du mouvement.

C'est un métier qui réunit l'ajustement de l'action avec le mouvement lui-même. La réunion est dans l'action.

Psychomotricité c'est faire marcher la tête, c'est faire coïncider le commandement du cerveau et les gestes. C'est un métier qui va haut, car vous activez les organes moteurs du cerveau, c'est le moteur par soi-même ".

- L'expérience guidée par la perception engendre un processus qui remodèle sa propre organisation par la plasticité neuronale. C'est ce que Francisco Varela nomme l'*autopoïèse*, en tant que "capacité d'engendrer et de spécifier continuellement sa propre organisation".

La *logique autopoïétique* est mise en jeu naturellement lors du développement psychomoteur initial. Nous n'avons pas besoin d'apprendre à un jeune enfant à marcher, il le découvre par lui-même au cours de l'expérience. Lors du vieillissement la *pratique psychomotrice propose de ré-accéder au savoir-faire autopoïétique du développement psychomoteur en le réhabilitant*⁸. Le développement psychomoteur ne s'achève pas à un âge donné, il se re-dessine au cours des expériences nouvelles selon l'évolution de nos moyens perceptifs. La pratique psychomotrice prend appui sur une intelligence organique, dont la forme ne cesse de prendre sens et signification au cours de l'existence pour guider notre propre évolution.

Nous avons pu constater avec joie, qu'il n'y avait aucune limite d'âge pour ré-accéder à ce processus, peut-être suffit-il d'éveiller le "goût de vivre", saveur essentielle de l'existence, nourrissant notre aptitude à nous transformer.

Que représente ce mot vivre à 96 ans ? Voilà ce que dit Geneviève Fradet, quand j'échange avec elle au cours de son hospitalisation.

"Quand on écrit, un mot pris à l'infinitif est là, il est au plus proche de ce que vous pouvez penser.

Vivre par exemple, c'est jouir de soi, abuser de soi.

Vivre, c'est un mot essentiel à l'écriture,

Vivre pour , Vivre - être, Vivre - réfléchir,

Le verbe vivre, a une valeur corporelle, il doit être joint à quelque chose qui vit.

Vivre, c'est un mot infini. Il n'y a que quelques mots comme celui-là, mais il faut savoir les récupérer."

Détaché de toute recherche de résultat, vivant dans le présent, libéré de l'inhibition de l'auto-censure, l'ainé nous précède dans sa capacité à actualiser son potentiel de changement pour être en devenir.

C'est le bonheur du travail psychomoteur en gériatrie.

En voici quelques images, offertes par Simone Francq-Berran, psychomotricienne de 96 ans participant à un atelier "racines d'équilibre" dans l'intention de prévenir les chutes dans un partenariat associatif entre l'Association Tandem et l'Association les Ateliers du Cami Salié à Pau. (sites : www.tandem64.com et www.ateliers-du-camisalie.fr)

⁷ VARELA (F), 1989, Autonomie de la connaissance, Paris, Édition du Seuil

⁸ ZAHAN (R) La cognition "incarnée-désincarnée et réincarnée" conférence internationale sur les interfaces énaclives Scuola Superiore S. Anna, Pisa, Italy, Nov. 2008



1 - Prendre appui dans la confiance les yeux fermés



2 - Assouplir son dos



3 - Structurer la force centrale par le contre poids



4 - Marcher dans les pas de Giacometti



5 - Modeler l'espace



6 - Prendre appui en soi pour se déployer dans l'espace, sans craindre le vide