



HAL
open science

Sur les chemins du prendre soin : clinique de la précarité : proposition d'accompagnement en psychomotricité en Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation

Jeanne Dal Gobbo

► To cite this version:

Jeanne Dal Gobbo. Sur les chemins du prendre soin : clinique de la précarité : proposition d'accompagnement en psychomotricité en Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271177

HAL Id: dumas-02271177

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271177>

Submitted on 26 Aug 2019

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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'hôpital
75364 Paris Cedex 14



Sur les chemins du prendre soin

Clinique de la précarité

Proposition d'accompagnement en psychomotricité en
Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation

Mémoire présenté par Jeanne DAL GOBBO

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Mélisande LE CORRE

Session Juin 2019

Remerciements

Je remercie tout d'abord mes professeurs de l'Institut de Formation de Psychomotricité pour leurs enseignements de qualité dispensés durant ma formation.

Je tiens à remercier aussi toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie tout particulièrement Mélisande LE CORRE, ma maîtresse de stage et de mémoire, qui m'a aiguillée au cours de cette année. Elle qui a été disponible, à l'écoute de mes questionnements et qui a su me faire confiance tout au long de mon travail.

Merci à l'équipe du Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation qui m'a accueillie avec bienveillance

Merci à Maéva pour son aide sur le terrain et sa collaboration précieuse.

Un grand merci aux résidents du centre et particulièrement à G. qui m'a fait confiance. Ces rencontres furent riches d'enseignement.

Je remercie Perrine, Agnès, et mes parents pour leur soutien sans faille et leur intérêt pour mon travail. Ils m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.

Enfin je remercie toute ma famille et en particulier Valentine et Eve Marie pour leur présence affective de chaque jour.

Sommaire

Introduction	4
I. Connaitre le lieu et les personnes	6
I.1. La précarité et ses conséquences sur la sphère psychocorporelle	6
I.2. A la rencontre de la précarité	8
I.2.a. Un stage expérimental.....	8
I.2.b. Démarche d’observation.....	9
I.3. Le centre d’hébergement d’urgence et de stabilisation	10
I.3.a. Un logement retrouvé	10
I.3.b. Un accompagnement social individualisé	15
I.3.c. Quel accompagnement à la santé ?.....	17
II. Créer un espace pour la psychomotricité	20
II.1. Penser un dispositif garant de stabilité	20
II.1.a. La stabilité	20
II.1.b. La permanence	22
II.2. Permettre au résident de renouer avec sa corporéité	23
II.2.a. La corporéité	23
II.2.b. La permanence psychosensorielle	24
II.2.c. Les rôles du psychomotricien	26
III. Proposer un accompagnement	28
III.1. La rencontre	28
III.2. De la rencontre à la relation	34
III.3. De la relation aux soins	38
Conclusion	58
Bibliographie	60
Annexe	63

Introduction

Etudiante en Psychomotricité à Paris à l'institut de formation de la Pitié-Salpêtrière, j'ai pu rencontrer autour de moi la population marginalisée des sans-abris. Durant les deux premières années de mes études, j'ai fait la connaissance de Maéva Esquembre (Mme E), et nous avons partagé ensemble le même groupe de pratiques corporelles, découvert la psychomotricité et construit peu à peu notre identité de futures professionnelles. Ayant toutes deux vécu l'expérience des maraudes sociales, nous avons été interpellées par les conséquences psychocorporelles que pouvaient avoir la vie à la rue.

Nous avons réfléchi ensemble sur les problématiques de la précarité, et nous avons imaginé : en quoi la psychomotricité peut-elle permettre un accompagnement vers un mieux-être ?

Notre projet de stage expérimental a pris forme et en avril 2018, nous avons pris contact avec l'association Emmaüs solidarité pour intégrer l'équipe d'un Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation (CHUS).

En octobre 2018, nous avons débuté notre stage par une première période d'observations. Une démarche nécessaire qui nous a permis de connaître un centre tel que celui-ci.

Quels sont les objectifs du centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation ? Quels moyens sont mis à disposition des résidents, dans un objectif de réinsertion sociale ?

Suite aux observations et constats, qui seront partagés tout au long de ce mémoire, une question majeure a émergé :

Comment la psychomotricité peut-elle s'inscrire dans un processus de stabilisation et de réinsertion sociale ?

L'installation d'un espace pour la psychomotricité, au sein du CHUS et adapté aux besoins des hébergés a pu se concrétiser.

Dans cet écrit, les réponses à la problématique suivante vont prendre forme :

- En quoi la psychomotricité peut-elle accompagner les résidents du CHUS dans la reconnaissance de leurs besoins dans l'objectif d'un mieux-être ?

Après des apports théoriques concernant la définition de la précarité, je ferai état de mes observations du lieu et des résidents. Puis j'expliquerai les enjeux de la création d'un espace pour la psychomotricité comme nous l'avons installé et fait vivre ; pour ce faire, je me suis aussi appuyée sur mes lectures.

Au regard de cette expérience, je finirai par la présentation de l'accompagnement d'un résident nommé G.¹ afin d'illustrer la dynamique relationnelle tissée pour un mieux-être.

¹ Nommé ainsi par respect de l'anonymat. Les autres hébergés auxquels je ferai référence au cours de ce mémoire, seront présentés comme M. et Mme X. La différence entre G. et M. et Mme X sera expliquée au cours du mémoire.

I. Connaitre le lieu et les personnes

I.1. La précarité et ses conséquences sur la sphère psychocorporelle

Afin d'envisager un accompagnement au sein du CHUS, j'ai éprouvé le besoin d'explorer d'un point de vue théorique la notion de précarité.

Dans le langage courant, elle évoque : l'instabilité, l'insécurité, et se rattache souvent à la notion de pauvreté. Elle est subjective et relative puisqu'elle est définie par des normes au regard d'une société donnée.

Selon G. DE PERETTI (2005), « [d]ans les sociétés modernes, la pauvreté n'est pas perçue uniquement comme un dénuement des biens matériels : elle correspond à un statut social spécifique, marquant la vie des individus parfois plus fort que leur situation matérielle désavantageuse. »². On parle de précarité de conditions de vie et de précarité relationnelle. En effet, les conditions de vie précaires d'un environnement insécurisant altèrent les relations que le sujet entretient avec les autres et peut le placer dans une situation d'exclusion sociale. Comme le précise J. MAISONDIEU (1997), l'exclusion sociale se caractérise par une dissolution des liens de fraternité. Elle provoque chez le sujet un sentiment de solitude.

L'absence de relations sociales peut modifier le rapport que le sujet entretient avec lui-même. D. MELLIER (2007) parle de précarité psychique.

Pour faire face à la défaillance de son environnement, l'individu s'extrait de ses éprouvés, se coupe de ses désirs et de ses besoins. J. FURTOS (2004) décrit le syndrome d'auto-exclusion, qu'il définit comme un mécanisme de défense mettant en jeu un clivage du Moi. Pour ne pas souffrir de l'exclusion sociale, le sujet en situation de précarité s'exclut de lui-même et abolit

² GEREMEK B. (1978) p. 8.

le lien qui le relie aux choses. Selon lui, la souffrance n'est pas mise en mots et s'exprime par un renoncement, un désespoir absolu et une diminution du pouvoir d'agir.

La précarité se traduit aussi par un abandon du corps. Les témoignages des médecins du Samu social de Paris relatent de fréquents refus de soin dans des situations qui sont pourtant urgentes voire vitales. Dans les cas les plus graves évoqués par P. DECLERCK (2001), « [l]a désertification du sujet exilé au cœur de lui-même, coupé du sens de son passé, et sans avenir, s'accompagne souvent d'une chosification du corps. Celle-ci se manifeste par une indifférence à la douleur et par une tendance à ignorer l'urgence de pathologies somatiques parfois gravissime. »

La situation de précarité modifie également les états internes du sujet. Les personnes sans abri marchent beaucoup, sont soumises aux états de stress, l'esprit toujours en alerte, elles se reposent peu. Même lorsque l'heure et venue de dormir ou de se reposer, la peur de se faire voler ou même la peur de l'agression maintiennent le sujet en état de vigilance. Cette situation ne permet pas de se détendre, d'évacuer les tensions corporelles produites par la fatigue. Si les situations de stress s'accumulent, l'hypertonie peut devenir chronique voire douloureuse.

Selon S. ROBERT OUVRAY (2017), l'hypertonie innée, est la gardienne de l'organisme. « La première fonction de l'hypertonie innée est la protection de l'organisme par la musculature sous tension qui enveloppe »³, la tonicité est une gaine contenante. Souvent observée chez l'enfant, l'hypertonie est un langage corporel archaïque, « [c]'est une manière de signaler un état désagréable et de former une enveloppe psychotonique plus dure, pour tenir le coup le temps que les parents arrivent.»⁴. Face à des situations de stress l'hypertonie joue le rôle de par-excitant et protège l'individu des stimulations extérieures.

³ ROBERT-OUVRAY S., DUVERNAY J. (2017) p.37

⁴ ROBERT-OUVRAY S., DUVERNAY J. (2017) p.35

Le corps, soumis aux intempéries, manque de soin. Dans les situations de grande précarité, j'ai pu observer que la peau, première interface d'échange avec l'environnement, était souvent durcie, ternie et marquée de nombreuses cicatrices et crevasses. D. LE BRETON (2003) décrit « une peau dure ayant perdu souplesse et sensibilité, qui devient le support visible, palpable et réel du temps qui passe »⁵. L'enveloppe de peau physique est altérée.

Par ailleurs, la précarité entraîne une distorsion des repères spatio-temporels. L'horloge dysfonctionne, les sensations habituelles comme la faim et le sommeil ne sont plus perçues par le sujet. S. QUESEMAND ZUCCA (2007) relate que « le temps ne s'inscrit plus dans une durée, ne s'ouvre plus sur un avenir : il est vécu sur le mode d'un présent répétitif. [...] La journée se dilue petit à petit au rythme de la manche, de la fatigue, des effets de l'alcool, du mauvais sommeil. »⁶.

I.2. A la rencontre de la précarité

I.2.a. Un stage expérimental

Le stage en CHUS est un stage « expérimental » : sur le terrain, il n'y a pas de professionnel de santé. Notre maître de stage, psychomotricienne, nous accompagne tout au long de l'année lors de supervisions extérieures. Le CHUS n'est pas une structure de soin, notre démarche clinique s'inscrit dans un objectif de prévention et ne répond pas à une prescription médicale.

⁵ Le Breton, D. (2003). *La peau dure et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris : Ed. Métailié.

⁶ QUESEMAND ZUCCA S. (2007) *je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation* édition Stock p.70

La précarité est un domaine encore peu exploré par la psychomotricité. C'est un sujet très médiatisé sur lequel de nombreuses généralités sont souvent véhiculées. Désirant me défaire de ces généralités, l'observation a été pour moi un point de départ.

I.2.b. Démarche d'observation

Selon A. CICCONE (1998) l'observation met en jeu l'ensemble des modalités perceptives. Il ajoute également qu'elle ne se réduit pas à la perception. Elle est un prolongement de l'attention. « On peut dire que ce qui réunit l'observation et l'écoute, c'est l'attention. »⁷. C'est une étape essentielle de la démarche clinique. Le thérapeute doit être attentif aux états affectifs, émotionnels et corporels activés dans la rencontre avec un patient.

La posture thérapeutique en psychomotricité nécessite une réceptivité polysensorielle. Pour C. POTEL (2015) la relation thérapeutique met en jeu un contre-transfert corporel, elle le définit comme « [u]ne expérience à minima qui porte en elle les germes d'une émotion immense, parce qu'elle réactive les traces contenues dans la mémoire du corps. »⁸ En tant que thérapeute, il s'agit pour elle de « donner de l'importance à ce qui vient nous toucher, aux ressentis qui viennent nous éprouver. Ce qui se vit, se joue sur une scène de mise en tension relationnelle. »⁹. L'observation comprend une dimension subjective et l'engagement corporel et psychique du thérapeute est une étape nécessaire.

Je suis donc partie à la rencontre de ce nouvel environnement : en prêtant attention aux odeurs, à la luminosité, à l'intensité de la musique, à l'ambiance d'un couloir... En fréquentant les mêmes espaces et en partageant les mêmes activités, nous avons rencontrés les hébergés. Ces temps d'observation m'ont permis de comprendre les dynamiques relationnelles et les

⁷ Thérapie psychomotrice n°126, 2001, p. 141

⁸ POTEL, C., 2015, Du contre transfert corporel p.113

⁹ POTEL, C., 2015, Du contre transfert corporel p.63

besoins de certains résidents. Pendant plus d'un mois, j'ai également repéré le rythme de vie et l'espace du CHUS dans l'objectif de penser le cadre spatio-temporel d'un futur lieu d'accueil en psychomotricité.

Dans une volonté de rester au plus près de mes ressentis et de mes vécus, je choisis d'illustrer mon propos par des « vignettes » tirées des prises de notes hebdomadaires réalisées tout au long de l'année. Elles seront présentées ainsi. Ces vignettes sont volontairement des images sans analyse théorico-clinique permettant de représenter mon propos à travers la parole des hébergés¹⁰.

I.3. Le centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation

Les objectifs du CHUS s'inscrivent dans une démarche de lutte contre la misère et l'exclusion. Sa mission est « d'accueillir, d'héberger, d'accompagner et d'orienter des personnes majeures isolées et des couples en grande difficulté sociale »¹¹. Les hébergés sont orientés en centre d'hébergement par le 115 et/ou par le SIAO¹². Afin de permettre à l'utilisateur de (re)trouver une situation stable et sécurisante, le CHUS met à disposition un logement et propose un accompagnement social individualisé.

I.3.a. Un logement retrouvé

Selon LE CORBUSIER : « [l]a maison a deux fins. Elle est d'abord une machine à habiter, c'est-à-dire une machine destinée à nous fournir une aide efficace pour la rapidité et l'exactitude dans le travail, une machine diligente et prévenante pour satisfaire aux exigences

¹⁰ Elle sera notée en style direct entre guillemets.

¹¹ Extrait du Règlement de fonctionnement de la structure

¹² Services intégrés de l'accueil et de l'orientation, Le S.I.A.O. est une mise en réseau du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accès au logement des personnes sans abri.

du corps : le confort. Mais c'est ensuite le lieu utile pour la méditation et enfin le lieu où la beauté existe et apporte à l'esprit le calme qui lui est indispensable.»¹³. L'habitat est important pour tout individu car il est à la fois un lieu de sécurité et d'expression de soi. Après plusieurs années de vie dans la rue, l'acquisition d'un logement est souvent perçue comme un nouveau départ. Pour autant, de nombreux résidents semblent avoir bien du mal à investir ce lieu.

A l'arrivée au centre, chaque résident se voit attribué un espace personnel.

Après plusieurs années de vie à la rue, M. D. avait pris l'habitude de transporter ses affaires dans un petit sac à dos et le plus important dans les poches de sa veste. Désormais, dit-il : « Je laisse tout chez moi. Je voyage léger ! ». Pour la première fois depuis plus de dix ans, M. D. dispose de son trousseau de clef. Il me le montre fièrement avec le sourire.

Pour certains résidents, avoir un « chez-soi » n'a rien d'habituel et l'entretien de cet espace personnel nécessite « tout un apprentissage ». Des visites de chambre peuvent être programmées avec les travailleurs sociaux pour accompagner les hébergés dans la gestion de leur espace privé.

Les modalités de l'accompagnement et les caractéristiques du logement sont dans la mesure du possible adaptées en fonction des besoins de chacun. Le CHUS possède des chambres individuelles et des chambres doubles.

Mme M. et M. L. occupent chacun une chambre individuelle. Mme M. a perdu la vue. Pour faciliter ses déplacements et son autonomie au sein de la structure, elle dispose même d'un espace équipé d'une petite salle de bain. La chambre de M. L. est carrelée et spacieuse, lui permettant de vivre avec son chien, fidèle compagnon de route depuis plus de dix ans.

¹³ VINOT F., VIVES J.M., (2010), p.19

M. D. vit en chambre double. Depuis son arrivée il y a maintenant plus de six mois, la cohabitation s'est toujours très bien passée. Mais aujourd'hui il semble inquiet. Il redoute l'arrivée d'un nouveau colocataire dans cet environnement personnel, territoire dans lequel il commence à se sentir bien.

De manière générale, lorsqu'un résident quitte le centre, la place vacante est rapidement attribuée. Ces changements sont parfois mal vécus par les résidents, ils créent un sentiment d'insécurité qui se révèlent être très déstabilisants. L'espace d'une chambre est généralement considéré comme un territoire, transformé par l'individu, investi et approprié. Le territoire est lié à l'intimité, à la sécurité émotionnelle.

Mme A. se décrit comme une femme « solitaire ». Pour elle, la vie à deux dans une si petite chambre est difficile. Afin de se cacher de la vue de sa colocataire, souhaitant « retrouver son intimité » dit-elle, elle a aménagé son espace avec quelques cagettes en bois récupérées dans la rue. Mais pour des raisons d'hygiène, afin de limiter la contamination par les punaises et les cafards, cette initiative lui a été refusée.

Cette cohabitation est souvent vécue comme une épreuve par les résidents. Les conflits sont souvent motivés par une surexposition à une stimulation sensorielle désagréable : « musique trop forte », « odeur nauséabonde ». Produisant des vécus d'intrusion, les situations de proximité comme le partage d'une chambre ou d'un espace commun peut entraîner des conflits agressifs et des passages à l'acte telle que la dégradation des biens matériels.

Ce matin, M. K. s'agite dans les couloirs, il a passé une mauvaise nuit. Son nouveau colocataire ne respecte pas les règles d'hygiène, qu'il tente lui-même de s'imposer pour réapprendre à vivre dans un endroit agréable. Il évoque une odeur affreuse qui le dérange et le dégoûte. Lorsqu'il raconte ce vécu M. K. s'agite davantage, et laisse apparaître une agressivité qu'il tente pourtant de contrôler : « Je me contiens mais il va falloir que cela change ».

E.T. HALL (1971), dans ses travaux sur la proxémie, observe que les variations de distance entre chaque individu modifient les comportements. G.N. FISHER (1991) développe la notion de « territoire vital », c'est une « zone qui entoure l'individu et dont les fonctions varient selon des facteurs psychologiques et culturels ; elle ne peut être pénétrée par autrui sans provoquer des réactions caractérisées ». En fonction de ses perceptions et de sa construction psycho-socio-culturelle, le sujet ajuste cette distance de manière à protéger sa sécurité et son bien-être. Lorsque l'espace vital du sujet est réduit, comprimé par la présence de l'autre, des réactions telles que l'agressivité ou le rejet se manifestent dans un objectif de préservation de soi.

Selon S. QUESEMAND ZUCCA (2007), « [p]our certains SDF, la vie collective obligée dans un lieu d'hébergement de nuit, partagée avec d'autres pensionnaires souvent décrits comme plus cassés, plus violents, plus sales, désignés comme plus mauvais qu'eux-mêmes, engendre à plus ou moins long terme un rejet profond »¹⁴. Les hébergés accueillis possèdent chacun leur parcours et leur histoire. Au centre d'hébergement, dans une même chambre, cohabitent parfois deux résidents qui ne possèdent pas les mêmes nécessités, qui n'aspirent pas au même projet de réinsertion. Le monde de l'exclusion n'échappe pas aux processus de ségrégation.

Le CHUS est un lieu de rencontre avec l'autre et de confrontation sociale. Il place l'individu au sein d'une communauté. Les résidents partagent aussi des espaces communs installés au premier étage. On y trouve le réfectoire, un couloir d'accès aux bureaux des travailleurs sociaux et une grande salle commune sous une verrière.

En fin de matinée, après avoir salué tout le monde, M. J. s'installe à la grande table sous la verrière. Il se fait discret, M. J. n'apprécie pas particulièrement cet endroit : « Je ne m'y sens pas bien mais c'est ici que je capte internet et consulte les actualités en attendant l'heure du repas. »

¹⁴ QUESEMAND ZUCCA S. (2007) p.91

Cet espace est un endroit lumineux dans lequel sont installés : une grande table, quelques canapés disposés en cercle, un tapis au sol et une pile de magazines dérangés. Bien qu'il me semble chaleureux, cet espace n'est pas beaucoup investi. Ce qui pourrait être un petit salon convivial, ressemble davantage à une salle d'attente, où les regards se croisent et se fuient.

Mme V., rare femme qui vit au centre d'hébergement depuis trois ans, explique, de son point de vue, ce manque de convivialité : « Ici il y a peu de femmes, il faut se méfier des hommes », « il ne faut pas croire, le racisme existe aussi ici. ». En quelques phrases articulées à voix basse, elle présente les raisons pour lesquelles elle ne parvient pas à investir les activités proposées au centre : « C'est bien ce qu'ils font, mais peu de gens participent. Entre résidents on ne se connaît pas trop, on se croise, et c'est mieux comme ça ».

Le seul lieu où une forme de convivialité est ressentie est le réfectoire. Les repas sont des moments qui rythment la vie au CHUS. C'est pendant ce temps de vie en collectivité que j'ai rencontré un grand nombre de résidents. A l'heure du repas, les couloirs s'animent, et les hébergés jusqu'alors discrets se retrouvent dans la salle de réfectoire. D'une semaine sur l'autre, nous retrouvons souvent les mêmes résidents, toujours installés à la même table, organisés en petits groupes, le plus souvent selon leur nationalité. Ici, dans cet espace-temps, quelque chose se partage.

Le CHUS a le souci d'ouvrir les résidents à d'autres horizons. Des coordinateurs sociaux-culturels et animateurs organisent régulièrement des sorties et des projets artistiques. Un auditorium et une salle d'exposition accueillent des artistes (photographe, danseurs, comédiens, humoristes). Ces espaces culturels publics au sein du centre d'hébergement sont un lieu de rencontre et d'échange entre les hébergés, les artistes, et les visiteurs. Les activités et animations proposées tendent à favoriser la solidarité entre les résidents et instaurent une dynamique positive. Si ces moments sont souvent très appréciés par certains résidents, ils sont pourtant très peu à y participer.

Le logement apporte un sentiment de sécurité et délimite une enveloppe pour l'intime. Il est un lieu de confort pour le corps qui apporte chaleur et repos. Le CHUS répond à la demande de stabilité de certains hébergés. Cependant, cet environnement de vie est un espace nutritif tout en étant contraint. En effet, après plusieurs années de vie à la rue entretenir un espace privé est une pratique oubliée depuis longtemps.

I.3.b. Un accompagnement social individualisé

Au CHUS, l'accompagnement social est indissociable de l'accès au logement. Quatre travailleurs sociaux (assistantes sociales et éducateurs) sont présents cinq jours par semaine. Chaque travailleur social accompagne une vingtaine de résidents lors d'un suivi individuel. L'accompagnement se matérialise sous la forme d'entretiens. Leur fréquence peut varier en fonction des besoins et des procédures administratives en cours. Lors de son arrivée au CHUS, par la signature du contrat de séjour, l'hébergé s'engage à honorer les rendez-vous fixés avec son travailleur social référent et il lui est demandé de « tout mettre en œuvre pour réaliser les objectifs fixés »¹⁵. Comme l'indique le contrat de séjour, « chaque personne accueillie est reconnue comme partie prenante de son parcours et a droit de participer de manière directe (ou avec l'aide de son représentant légal), à la conception et à la mise en œuvre de ce parcours »¹⁶.

A la lecture, du règlement de fonctionnement de la structure qui inclut le contrat de séjour, nous comprenons que le centre a pour objectif de développer l'autonomie. Cette dernière désignant la capacité d'agir par soi-même, implique pour le sujet d'être en mesure de déterminer des buts et de trouver des moyens pour les réaliser. L'acquisition de l'autonomie permet de sortir d'un état de dépendance. L'accompagnement social comprend donc deux objectifs

¹⁵ Règlement de fonctionnement de la structure

¹⁶ Règlement de fonctionnement de la structure

distincts : définir un projet de réinsertion et mettre en place des dispositifs pour accompagner les résidents dans ce choix d'avenir.

Mme V. se décrit comme une femme indépendante. « Au pays, j'occupais un poste de chirurgienne dentiste. » Ici, ses compétences ne sont pas reconnues, elle a alors trouvé un travail fatigant qui ne lui plaît pas. Femme active, elle ne comprend pas la « fainéantise » d'autres résidents. Grâce au centre, elle espère rapidement toucher des aides qui vont lui permettre de retrouver une vie indépendante.

Pour certains résidents, comme pour Mme V., le centre apporte l'acquisition d'un emploi et la régularisation de son statut social, lui permettant de sortir d'une situation précaire.

M. K. est âgé d'une quarantaine d'années. Lorsque je le rencontre pour la première fois, M. K. me parle de ses expériences passées, de son parcours « de galère ». Ce matin-là, il est très agité et peut se montrer relativement impulsif, ne me laissant pas finir la moindre de mes phrases. Lorsque je questionne M. K. sur ses envies, ses besoins, un lourd silence s'installe en guise de réponse... suivi d'un « je ne sais pas ! », le regard vers le sol, dans le vide, les mains jointes et toniques. Cet instant me paraît très intense. Comme si d'un seul coup, dans la perspective de formuler une envie, un projet personnel (à court ou moyen terme) M. K. se retrouvait face à un vide terriblement angoissant.

Ayant connu l'exclusion sociale depuis de nombreuses années M. K. ne semble pas pouvoir construire une représentation de sa propre réinsertion, comme s'il était incapable d'imaginer un futur stable et épanouissant fait pour lui. L'accompagnement social passe par la formulation et la construction d'un projet, et son évolution varie en fonction de chaque résident.

I.3.c. Quel accompagnement à la santé ?

En fonction de leurs besoins, les hébergés sont orientés vers des structures de soin adaptées. Les rendez-vous sont parfois fixés par l'intermédiaire du travailleur social référent, mais chacun est libre de partager ou non les informations médicales le concernant. En général, l'équipe du centre ne possède que très peu d'informations sur l'état de santé des résidents.

M. B. ne travaille pas, il passe la majeure partie de son temps au CHUS, dans le hall d'entrée ; sombre petit bout de couloir imprégné de son odeur. « Mon corps est usé par mes 70 ans et mes nombreuses années de rue ». Sa vie est rythmée par les RDV sociaux et médicaux, mais pour M. B., chaque sortie est vécue comme une épreuve. Sa séance hebdomadaire de kiné le préoccupe plusieurs jours à l'avance, et très souvent, l'heure venue, il n'aura pas la force d'y aller.

Malgré un accompagnement dans les démarches de couverture sociale, la situation financière de M. B. n'offre aucune autre possibilité que le CHUS. La complexité d'accès au soin à l'extérieur du centre est un réel obstacle pour M. B.

Tous les résidents ont des besoins d'accompagnement à la santé. Pour certains, elle n'est pas une priorité, les suivis mis en place manquent de régularité et les refus de soin sont nombreux comme le témoignent les dires suivants : « Je préfère ne pas savoir le diagnostic », « Pour les médecins je ne suis qu'un objet de la science ». Par conséquent, j'ai pu observer que par cette fuite de toute prise en charge, la dégradation des états de santé nécessite régulièrement des interventions d'urgence des pompiers et des ambulanciers.

Cependant, des résidents présentent des manifestations psychosomatiques et psychiques comme : anxiété, troubles du sommeil, agitation, instabilité émotionnelle, ou encore dépression, addictions, troubles du comportement. Ces dernières ne sont pas toujours entendues et prises en charge.

Dans ce contexte, quelle est la place de la psychomotricité pour proposer un accompagnement plus adapté aux besoins des résidents, dans un objectif de mieux être ?

Le CHUS est un lieu où tout individu peut retrouver logement, accompagnement social individualisé. Par ailleurs, les prises en charge de la santé des résidents sont à soutenir.

Les espaces privés des chambres, un service de restauration et les sanitaires sont mis à disposition pour assurer une réponse aux besoins primaires de l'individu. Les équipes de travailleurs sociaux accompagnent les hébergés dans une démarche de réinsertion en prenant en compte, dans la mesure du possible, leur état de santé.

Pour autant, une des difficultés majeures au CHUS est la grande diversité des profils. Au travers des vignettes je constate des différences entre les hébergés à plusieurs niveaux :

- Le vécu de la précarité
- L'histoire personnelle
- L'âge
- La culture
- Les handicaps et les dépendances
- Les besoins et les motivations
- Les projets de réinsertion
- Le vécu relationnel et affectif
- Le rapport à l'intimité

Au regard de ces observations, les perspectives pour créer un espace d'accueil en psychomotricité doit :

- Garantir la stabilité d'un cadre temporel et spatial
- Proposer un espace modulable pour accompagner chaque résident dans sa propre évolution
- Redonner une place au corps et aux sensations dans l'objectif de renouer avec sa corporéité
- Développer l'autonomie des résidents au sein d'un processus de soins

Mais comment répondre à ces objectifs ?

II. Créer un espace pour la psychomotricité

Après ce premier temps d'observation, ma collègue (Mme E) et moi avons pensé un lieu d'accueil et d'accompagnement en psychomotricité.

Deux questions ont alors émergé :

- comment penser un dispositif garant de stabilité ?
- comment permettre au résident de renouer avec sa corporéité ?

II.1. Penser un dispositif garant de stabilité

II.1.a. La stabilité

La stabilité est un état d'équilibre qui participe au sentiment de sécurité car il maintient des repères stables et identifiables par le sujet. Dans le soin, le cadre de la thérapie participe à la stabilité. Pour A. LAURA PETIT (1988), le cadre est un lieu où le sujet peut se connaître et se reconnaître et au sein duquel le sujet peut identifier des repères stables. C'est un élément constant et permanent à l'intérieur duquel le sujet peut y déposer des ressentis.

Selon F. PELLETIER (1985), « le cadre est un invariant au sein d'un processus de changement »¹⁷. Le cadre est ce qui demeure permanent pour que le changement se produise. Il est un « non-processus » en ce sens qu'il est fait de constantes. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps et une pensée »¹⁸.

¹⁷ C. BALOUARD, (2006), p. 185

¹⁸ C. POTELE, (2015), p. 321

La notion de stabilité comprend celles de constance et de sécurité. C'est donc en fixant des repères spatio-temporels de l'accompagnement que tout résident va pouvoir cheminer.

En effet, pour percevoir, comprendre, mémoriser, agir, penser et communiquer, l'être humain se réfère à des données spatiales et temporelles. En psychomotricité, l'espace et le temps sont considérés comme des organisateurs du corps car « [i]ls donnent un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvements, et nos gestes »¹⁹, c'est ce qu'affirment A.C. GALLIANO, C. PAVOT et C. POTEL (2015). Par conséquent, pour mettre en place une pratique en psychomotricité, nous avons déterminé un horaire et un lieu fixe en veillant à ce que le dispositif corresponde au rythme de vie du CHUS.

Comme mentionné dans la première partie, le CHUS est un lieu de vie et d'accompagnement. Chaque résident possède son propre rythme de vie et se doit d'honorer les rendez-vous fixés avec son travailleur social référent. Nous avons donc souhaité proposer un espace ouvert en accès libre pour que chaque hébergé puisse s'engager dans la pratique en psychomotricité, selon sa volonté et ses disponibilités. En effet, nous avons voulu rompre avec les habitudes du CHUS en proposant une activité qui ne nécessite pas une inscription préalable pour y participer.

Le sentiment de sécurité est important aussi pour nous, il nous permet, en tant que stagiaires psychomotriciennes d'être pleinement présentes dans la relation à l'autre. Le choix de l'espace se base donc sur nos propres sensations. Nous avons pris en compte les odeurs de la pièce, la luminosité, les bruits... pour déterminer un lieu dans lequel nous nous sentons bien.

¹⁹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2012) p.247

Nous avons choisi d'installer notre lieu d'accueil en psychomotricité au premier étage. Cet espace est initialement un lieu de vie en communauté situé au centre du bâtiment. Il est disponible et facilement accessible.

II.1.b. La permanence

Au CHUS, nous avons proposé la mise en place d'une « permanence ». Etymologiquement, la permanence définit ce qui est durable. En psychologie, la permanence de l'objet décrite dans les travaux de J. PIAGET ²⁰ (1947) renvoie à la capacité de l'enfant à faire exister les objets qui l'entourent à l'intérieur de lui. C'est parce qu'il se les représente que ces objets continuent d'exister même s'il ne les perçoit pas avec ses cinq sens. L'objet est doté d'une existence indépendante de la sienne.

La notion de permanence comprend donc une existence continue dans le temps. Proposer un espace de permanence en psychomotricité, peut permettre d'inscrire un rythme et une temporalité hebdomadaire structurante et sécurisante afin de reconstruire une structuration temporelle altérée par la vie précaire.

Pour faciliter la communication avec l'équipe et les résidents, nous avons réalisé une affiche sur laquelle nous avons indiqué l'horaire et le lieu. Nous avons également fait le choix de nommer cette permanence « Un temps pour soi ». Nous avons présenté cet accueil comme un temps de détente en invitant les résidents, à découvrir un nouvel espace aménagé pour prendre soin de soi.

²⁰ J. PIAGET (1947)

Par leur vie précaire, nous savons que le rapport au corps est altéré. Nous avons très vite compris qu'il était difficile pour les résidents de considérer leur corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle et identitaire. Nous avons donc fait le choix de présenter notre projet d'une manière concrète en ouvrant la porte, comme une invitation à observer et ressentir ce qui se vivait dans l'espace.

II.2. Permettre au résident de renouer avec sa corporéité

II.2.a. La corporéité

Le corps est une interface entre deux milieux : externe et interne, qui sont en interaction constante. Les informations sensorielles perçues par l'individu lui permettent d'agir dans l'environnement. La sensation est produite par une stimulation des récepteurs sensoriels. Elle est transmise au cortex cérébral par le système nerveux. Le système sensoriel permet à l'individu d'appréhender différentes informations de l'environnement à partir de plusieurs modalités : visuelles, tactiles, auditives, gustatives et olfactives. Une fois analysées, identifiées et reconnues, les sensations deviennent des perceptions.

Le corps n'est pas un réceptacle neutre et passif. Deux individus, pourtant pourvu d'un système sensoriel identique, n'éprouveront pas les mêmes ressentis face à une même stimulation. En effet, la perception possède également une dimension subjective. Elle est une sensation pourvue d'affects et elle s'inscrit dans l'histoire personnelle du sujet. Le corps possède une mémoire sensorielle. Même si la perception est au centre des interactions entre l'individu et son environnement, elle n'est pas nécessairement consciente.

E. HUSSERL (1981) propose une philosophie basée sur l'expérience de la conscience. Il affirme que c'est en prenant conscience de son vécu que l'Homme entretient son rapport avec la vie et son ouverture sur le monde. Pour lui, le corps propre, corps organique incarné par la psyché, se constitue par l'assemblage des sensations tactiles, kinesthésiques et visuelles.

Inspiré de ces travaux, M. MERLEAU-PONTY (1947) étaye la notion de corps propre en l'articulant avec la perception de l'espace et du temps. Par le mouvement fluide et spontané, organisé dans une dimension spatio-temporelle, l'individu transforme l'environnement, s'exprime et habite son corps. C'est ce qu'il appelle la corporéité²¹.

La variabilité des expériences toniques et émotionnelles est indispensable à l'élaboration d'une représentation unifiée du corps. A terme, en s'appropriant les expériences vécues, en les combinant les unes avec les autres, le sujet construit une représentation de son corps. Cette dernière évolue tout au long de la vie et elle met en jeu des facteurs cognitifs, moteurs, et affectifs.

Dans le cas d'une vie précaire, la corporéité est altérée, allant parfois jusqu'à l'abandon du corps. C'est en ce sens que nous avons pensé une médiation thérapeutique : la permanence psychosensorielle.

II.2.b. La permanence psychosensorielle

Pour penser un dispositif d'accompagnement permettant aux résidents de renouer avec leur corporéité, nous nous sommes inspirées de l'approche Snoezelen²².

Le concept a été développé par A. VERHUEL et J. HULSEGGE. Il se définit par l'association de deux termes Snuffelen, (sentir) et Doezen (sommoler). L'approche Snoezelen comprend

²¹ MERLEAU-PONTY M. (1947)

²² <http://snoezelen-france.fr>

deux objectifs : l'accès à la détente par la réduction des tensions corporelles et l'exploration sensorielle d'un environnement.

Nous avons proposé différentes stimulations sensorielles et un support d'expression. Dans un premier coin, un canapé, un fauteuil et quelques tapis au sol sont installés face à une vidéo projection sur un mur blanc. Des tissus sont suspendus au plafond pour créer une lumière tamisée. De l'autre côté, nous avons mis à disposition une table avec des crayons de couleurs et plusieurs modèles de mandalas que je décrirai ultérieurement.

Afin de vous présenter certaines propositions d'exploration, j'ai sélectionné différentes situations cliniques.

Un diffuseur d'huile essentielle est installé dans la permanence, une odeur d'orange se dégage de la pièce.

J'entends M. L. s'agiter dans le couloir : « qu'est-ce qui sent comme ça ? » ; me demande-t-il. Intrigué et dérangé, M. L. y jette un œil avant de repartir, « Ce n'est pas pour moi ». La semaine suivante, M. L., nous voyant installer l'espace, revient avec un bâtonnet d'encens indien.

Projeté sur le mur blanc, ce jour-là, nous avons proposé un paysage de plage, une musique douce et un bruit de vague.

M. K. entre à la permanence en nous saluant de la main puis s'installe silencieusement dans le canapé. Il regarde paisiblement le paysage projeté sur le mur. Après quelques instants, je m'approche de lui. Nous regardons ensemble les vagues, et il évoque ses souvenirs : les plages de Turquie, la température de l'eau, la ville où il a grandi. Petit à petit M. K. étend ses jambes, relâche ses bras et les dépose sur ses cuisses.

Au sein de la permanence, nous avons proposé une exploration sensorielle gustative à partir de diverses boissons ; thés, tisanes, café. Aujourd’hui, un jus sucré à base de feuilles d’hibiscus est offert aux résidents. C’est une infusion souvent préparée en Afrique et plus connue sous le nom de « Jus de bissap ».

M. A. est installé sur la grande table, un autre résident à côté de lui découvre pour la première fois le jus de bissap. M. A. s’adresse à lui « ça vient de chez moi ». Entre les deux hommes, la discussion se poursuit. « Habituellement je crois que c’est plus sucré » « peut-être parce qu’il infuse plus longtemps ? ». M. A. est sénégalais, habituellement discret, il partage aujourd’hui un peu de son propre vécu avec d’autres résidents.

II.2.c. Les rôles du psychomotricien

Le psychomotricien ou le thérapeute accompagne le sujet dans une écoute et une observation de ses sensations et l’invite à prendre conscience de ses vécus corporels. En tant que stagiaire psychomotricienne, j’ai éprouvé la posture du thérapeute pour mieux comprendre ces rôles.

Au sein d’un espace aménagé, par notre engagement corporel, nous avons accompagné les résidents dans l’exploration de ce nouvel environnement. Nous voyant installées pieds nus au sol, les résidents se sont autorisés à faire de même.

Nous avons non seulement pris en compte les sensations corporelles ressenties par les hébergés mais également les affects et l’imaginaire en lien avec leur propre histoire. Par exemple, avec M. K. alors que son état corporel se modifiait, je me suis installée à côté de lui et j’ai ajusté mon état tonique. Puis j’ai verbalisé mes propres ressentis tout en me mettant en miroir de sa posture. Dans une relation contenant et sécurisante, les vécus partagés et les verbalisations soutiennent la mise en sens des perceptions.

Le thérapeute accompagne l'exploration sensorielle qui fait appel à des souvenirs. Comme avec M. B. la redécouverte du goût du jus de bissap lui permet de tisser des liens avec son passé et d'échanger avec l'autre. Le thérapeute écoute et peut alors soutenir la mise en mots. Il est parfois nécessaire d'accompagner individuellement un résident dans l'exploration de ses propres sensations, d'aménager l'espace pour qu'il puisse être présent à lui-même sans être dérangé par la présence de l'autre.

L'espace pour la psychomotricité doit :

- Être un lieu de détente
- Être un lieu d'expression verbale, graphique et corporelle
- Favoriser l'accès aux sensations
- Être un lieu de rencontre et de relation à plusieurs niveaux : avec nous stagiaires psychomotriciennes mais aussi avec/entre les autres résidents.

III. Proposer un accompagnement

Dans la suite de ce mémoire je vais vous présenter G. Je fais le choix d'exposer ma réflexion de manière chronologique.

G. un résident sensible...

III.1. La rencontre

[Première rencontre Octobre 2018]

Avec mon binôme de stage (Mme E), nous réalisons notre dernière journée d'observation et à cette occasion, nous accompagnons un groupe d'une dizaine de résidents.

Dans la rue, devant le centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation, le groupe de résidents est réuni, prêt à partir pour visiter une exposition culturelle. Parmi eux, G. raconte son parcours, canette de bière à la main. « 28 hivers dehors » dit-il, « et j'ai même fait de la taule ! ».

G. est arrivé au centre il y a seulement quelques jours. Il participe pour la première fois à une sortie culturelle au musée.

Ces quelques mots lors de ma rencontre avec G. ont aiguisé ma curiosité. Il est inscrit dans une grande et longue précarité. C'est évidemment un sujet qui m'intéresse et qui est à l'origine de ce projet de stage. Mais ce n'est pas la seule raison qui m'a poussée à choisir G. La première chose qui m'intrigue ce sont ses qualités relationnelles. Au fil de cette sortie, je l'ai observé et j'ai ajusté ma posture pour l'accompagner. Il semble à la fois très peu adapté dans la relation à l'autre et se montre néanmoins très accessible. Lorsque je me présente auprès de lui comme stagiaire psychomotricienne, G. n'exprime pas des besoins dans ce domaine mais j'ai comme l'impression qu'il laisse la possibilité de les faire ressentir à celui qui y sera sensible... J'y ai été sensible.

J'ai rapidement constaté que G. pouvait avoir besoin de la psychomotricité et apprécier des temps au sein d'un espace de détente. Pourtant j'ai vite compris que si je ne faisais pas un pas vers lui, il ne serait pas en capacité d'entamer cette démarche seul. Lors cette première rencontre, je le perçois comme un homme qui se laisse porter aux grés du vent. J'ai envie de l'accompagner pour lui faire découvrir de nouvelles directions.

III.1.a. Identité et anamnèse

G. est un homme âgé de 48 ans. Au moment de la rencontre, je ne possède pas beaucoup d'éléments d'anamnèse. Les travailleurs sociaux possèdent peu d'informations sur G.. Comme je l'expose précédemment, chaque résident peut choisir de partager ou non les informations le concernant. Pour G. sur le plan des antécédents médicaux, elles sont imprécises et lorsqu'il relate une succession d'évènements, la cohérence n'est pas toujours présente.

En psychologie, l'identité est ce qui sépare le soi du non-soi. Identité vient du latin *idem* qui signifie « le même ». L'identité n'est pas figée elle se construit dans l'évolution du sujet. Si l'on en croit la définition donnée par J. LOCKE (1690) : l'identité, c'est être le même dans le temps, être le même malgré la succession et le changement. Pour W. LEIBNIZ (1765) dans les *Nouveaux essais*, c'est la mémoire qui permet la continuité, et donc l'identité.

La vie à la rue et les incarcérations sont des vécus éprouvants. Ils sont inscrits dans la mémoire corporelle, sur l'enveloppe de G. . Ils ont participé à la construction de son identité, laissant une empreinte d'une rare intensité. La « taule » et les « 28 hivers dehors » sont des prothèses identitaires. Elles sont ce sur quoi il s'appuie pour être et exister malgré tout, elles sont devenues son identité.

Pour définir qui l'on est, il faut être en mesure de tisser un lien entre notre passé et nos origines et parvenir à envisager nos projets et le sens qu'ils ont au sein de notre continuité d'existence. Si chacun possède une identité, tout le monde ne peut pas nécessairement en avoir conscience et parvenir à retracer d'où il vient et où il va. Après plusieurs années à la rue et de nombreuses incarcérations, marginalisé, j'imagine la difficulté que G. peut avoir pour reconstruire ce lien. Ces prothèses identitaires sont marquées par la discontinuité existentielle, mais c'est à travers elles et en se présentant comme un marginal endurci que G. semble avoir trouvé une place et une manière d'exister.

Selon A. MUCCHIELLI (2011), l'identité est une construction subjective qui met en jeu différents socles : le sentiment de continuité temporelle, la socialisation, le sentiment d'appartenance, ou encore l'identification à autrui. A partir de ce postulat, il affirme que si l'un de ces socles est fragilisé, l'identité elle-même est altérée. Les contextes de vie que sont ; la vie à la rue ou l'incarcération peuvent influencer chacun de ces socles de l'identité.

La vie à la rue modifie considérablement le rapport au temps. Elle place le sujet en situation d'urgence, où chaque jour, les mêmes actions se répètent : trouver de quoi manger, faire la manche, puis rechercher un endroit pour passer la nuit. L'incertitude permanente de l'avenir altère la représentation du temps qui passe. « D'abord aujourd'hui, puis demain on verra ».

Les personnes vivant à la rue ou en prison sont considérées comme faisant partie de la marge sociale. Le sujet est exclu de la société dans le sens où il n'y possède ni place, ni rôle socialement valorisé lui permettant de se sentir utile. L'absence de place sociale n'a probablement pas permis à G. de s'identifier autrement qu'à la marginalité.

Aux vues de ses absences et de la discontinuité temporelle induite par la vie précaire, je pose l'hypothèse que G. est en difficulté pour se représenter son parcours. Je sais qu'il me faudra du temps pour comprendre qui était G. et retracer à ses côtés son parcours de vie. Ce

constat donne naissance à un premier projet thérapeutique : soutenir la reconstruction de la temporalité pour permettre à G. de tisser la continuité de sa propre histoire.

L'identité détermine les caractéristiques propres à un individu mais il existe également une dimension collective de l'identité. A.M. DROUIN-HANS (2006) définit l'identité culturelle, c'est « un ensemble de représentations et de pratiques considérées comme caractéristiques d'un groupe particulier. ²³».

Comme l'explique F. MATHIEU (2011) dans sa thèse sur *L'errance psychique des sujets SDF* ; la rue est « un univers avec des règles, un fonctionnement spécifique, des « trucs » que l'on apprend pour mieux y vivre. »²⁴ Lorsque je rencontre G. pour la première fois, je reconnais l'identité du sans domicile fixe à travers son attitude, son comportement et ses habitudes qui se différencient grandement de celle des autres résidents.

Pendant les 28 dernières années, G. a pris l'habitude de porter sur lui tous ses effets personnels. Il est vêtu d'une large veste en cuir dont les grandes poches sont remplies de divers objets : plusieurs demi-litres de bière en canette, sandwich, briquet, cigarettes, mouchoirs, enveloppes et courriers. Il porte des chaussures jaunes qu'il explique avoir récemment récupérées comme neuves dans une poubelle.

G. se distingue par son allure atypique. Il porte un chapeau couvert de nombreuses inscriptions : des dessins d'enfants et des messages laissés par ses « amis de la rue ». Je distingue quelques noms et surnoms écrits à la manière des tags.

²³ DROUIN-HANS A.M. (2006)

²⁴ MATHIEU F. (2011) p.64

Les multiples couches de vêtements empilées les unes sur les autres dessinent une carrure imposante. Cette seconde peau en cuir semble le protéger du froid, mais aussi des autres. Elle laisse à penser que son enveloppe psychocorporelle est fragile.

G. présente certains comportements qu'il a eu l'habitude de prendre pour survivre dans des conditions précaires.

Sur le trajet, il interpelle les passants, demandant une cigarette ou « un brin de monnaie ! ». Il tutoie tout le monde et se présente par son « blaze », surnom par lequel il est reconnu. « Dans mon quartier, tout le monde m'appelle comme ça ».

Alors qu'il me demande d'utiliser son blaze, je conviens avec lui de l'appeler par son prénom, jugeant nécessaire de mettre une distance professionnelle. C'est pourquoi, au sein de ce mémoire, je ne le présente pas par son nom de famille mais sous le nom de G.

Au sein du groupe, G. ne passe pas inaperçu, il occupe l'espace physique et sonore. Il parle fort et ses gestes sont brusques. Au cours des conversations, G. se rapproche de ses interlocuteurs.

Au regard des théories développées par E. T. HALL (1971), les distances interindividuelles adoptées par G. impliquent un échange physique et sensoriel. Cette situation de proximité caractérise généralement une « distance intime »²⁵. Dans ce contexte relationnel, au cours d'une discussion avec G., de nombreux interlocuteurs ont fait un pas de côté et se sont adaptés pour retrouver une « distance sociale » plus confortable.

G. ne semble pas avoir conscience de la dimension intime des vécus qu'il exprime parfois en pleine rue face à des inconnus. Depuis plusieurs dizaines d'années, la rue est pour G. l'espace de l'intime, et une confusion entre soi et l'autre semble se retrouver aujourd'hui dans

²⁵ L'étude des distances ou proxémie développée par Hall, définit la distance intime comme une distance comprise entre 15 et 45 cm.

sa manière d'être en relation. Attentive à son récit, dans le souci de préserver son intimité, je lui propose de reprendre un temps pour discuter de son parcours.

G. est un résident souriant, qui aime l'humour. Son ton et ses blagues parfois provocantes font régulièrement réagir les personnes qui l'entourent. Au CHUS, sa bonne humeur est appréciée.

G. discute facilement avec les autres résidents. Et pourtant, lorsque je l'observe il me semble seul, comme mis à l'écart. A l'image des *clochards de Paris* décrit par P. DECLERCK (2001), G. représente la perte, l'absence, ce qui « pend au nez » de la personne précaire, il est une forme de repère à partir duquel on se mesure mais à qui on ne souhaite pas s'identifier.

Les autres résidents ne s'identifient pas à G. « Pauvre G. ». « Je vis ici, mais je ne suis pas comme lui. »

Au fil de cette rencontre qui a débuté dans la rue, presque « chez-lui » pourrait-on dire, je vais percevoir une grande difficulté d'adaptation au moment de l'entrée dans le musée : un nouvel espace.

En arrivant devant l'entrée, G. va devoir se séparer de ses canettes, il accepte, la suggestion de les laisser à l'extérieur. Il prend le temps de les cacher dans le parc voisin. C'est une astuce qu'il semble connaître. Bien que convaincu de les retrouver à la sortie, l'idée même de se séparer de ses « provisions » produit chez lui des réactions caractéristiques. Il s'agite, présente des pertes d'équilibre et s'inquiète de la durée de l'exposition.

Elle se déroule dans une pièce sombre, différents écrans lumineux diffusent des extraits cinématographiques dont G. ne connaît pas les références. Les visiteurs sont nombreux et le fond musical de la pièce est élevé.

Je l'accompagne à porter son attention sur ce qui se passe autour de lui afin de contenir son éventuelle instabilité et lui permettre de se recentrer dans l'instant présent. Nous traversons ensemble les premières salles de l'exposition. G. parle

fort et beaucoup, il s'agite. En état de vigilance élevé, alerté par les déplacements des visiteurs autour de lui, et préoccupé par l'absence de ses canettes, G. ne parvient pas à centrer son attention. « J'ai vécu 28 ans à la rue, je ne suis plus habitué à ça, je ne suis pas allé au cinéma depuis plus de 15 ans ».

Cette situation semble difficile à vivre pour lui et produit une grande agitation psychique et corporelle. Conscientes de ses difficultés et de l'intensité de l'expérience qu'il a accepté de partager, nous lui proposons alors de sortir.

Au sein de ce nouvel environnement G. a perdu ses repères. Ses bières sont restées dans le parc, il se trouve dans un lieu qu'il ne connaît pas avec de nombreuses stimulations sensorielles dont il n'a plus l'habitude. Afin de lutter contre l'angoisse et le stress, l'enveloppe tonique de G. se durcit, il s'agite. Dans un mouvement continu et rigide, il produit des sensations et maintient ainsi une perception rassurante, celle de son enveloppe corporelle.

Malgré ses difficultés d'adaptation, G. est capable de verbaliser que cette situation est nouvelle. Je sens que G. aurait envie d'être en mesure de profiter de ces moments de sorties et qu'il perçoit lui-même sa difficulté mais il ne la verbalise pas comme telle.

III.2. De la rencontre à la relation

Relation vient du latin « relatio », qui signifie le rapport qui lie un objet à un autre. Selon M.-SAMI-ALI (2003), dans le cadre des relations humaines, il est établi que, dès la conception, l'individu est un être en relation.

[Une semaine plus tard]

En début d'après-midi, je croise G., installé dans le coin café, au rez-de-chaussée du bâtiment. Je ne l'ai pas revu depuis une semaine. Un sandwich posé sur la table, il observe les gens qui passent dans le couloir. Il me sourit, mais ne semble pas me reconnaître pour autant. Je me présente à nouveau et il m'invite à m'asseoir à la table pour discuter avec lui.

D'un point de vue relationnel, je note un changement, G. me vouvoie. Dans cette relation duelle, il se montre tout à fait capable d'ajuster sa distance relationnelle.

G. m'explique que sa vie a bien changé depuis qu'il vit ici.

Aujourd'hui G. attend la visite d'un ami avec qui il partageait ses journées il y a encore quelques semaines. Au fil de la conversation, G. raconte la vie qu'il avait avant.

Lorsqu'il vivait à la rue, le voisin du 4^{ième} de l'immeuble d'en face lui apportait une tasse de café chaud le matin. Le soir, il récupérait chez la boulangère les invendus de la journée. G. me raconte ces quelques anecdotes de vie avec beaucoup d'émotions. Les jours de marché, il donnait un petit coup de main en échange de quelques fromages. « La pharmacienne et le fromager, ils me connaissent, ils m'ont beaucoup aidé ! ».

G. a grandi dans cet arrondissement. Il a eu « de nombreux petits boulots quand les périodes étaient difficiles et les poches vides ». Il décrit notamment un passé de coursier. Il appréciait le contact avec les habitués et les pourboires lui rendaient la vie plus facile. Sa journée était rythmée par les rencontres et animations du quartier. Habitants et commerçants étaient des « protecteurs ».

Il y retourne parfois. Mais le soir, quand il rentre, il se perd et met parfois plusieurs heures avant de retrouver son chemin. Aujourd'hui G. semble désorienté. Il ne connaît la date du jour, ni l'heure. Ses repères semblent avoir été bousculés par son arrivée au centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation.

A ce stade de ma relation avec G., je ne possède pas d'informations sur son enfance. Mais ce comportement d'attachement à la vie de son quartier me renvoie aux théories développées par J. BOWLBY (1969). Selon lui « l'attachement se réfère à la relation qui émerge au fil du temps à partir d'une histoire d'interaction de caregiving. » Il nomme « care-giver » celui qui protège, celui qui prend soin. Sa fonction est d'assurer une sécurité de base qui permettra au sujet de se développer jusqu'à l'autonomie. « La figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection, [...] comme base de sécurité pour l'exploration »²⁶. Dans cette théorie des relations primaires, pour maintenir une proximité et un contact avec la mère, le bébé met en place des « comportements d'attachements » : rires, gazouillis. Comme le jeune enfant, G. ne semble pas autonome pour répondre à ses besoins mais son esprit convivial fait de lui une personne toujours entourée. Les relations que G. entretient dans son quartier lui assurent une sécurité de base. Elles sont pour lui des points d'ancrage.

A ce stade de l'accompagnement, je sais que la relation est un atout sur lequel je peux m'appuyer pour soutenir son intégration au sein de ce nouvel environnement : le CHUS.

G. vit en chambre double. Sa porte de chambre entrouverte laisse échapper une odeur de transpiration et d'alcool qui se diffuse dans le couloir et se mélange à un parfum de javel, venu des sanitaires. Il partage une douche et un coin lavabo, avec les 8 autres résidents du couloir, mais G. ne semble pas l'utiliser.

Dans sa chambre, une large commode, deux armoires et deux lits occupent les quelques mètres carrés d'une petite pièce aux murs ternis et à la peinture écaillée. Son lit, espacé d'un mètre de celui de son colocataire, est recouvert d'un duvet, dont le tissu porte encore les traces de son passé à la rue.

²⁶ ROBERT-OUVRAY S (1997)., p.261

Seul un tiroir de commode accueille quelques objets : un vieux réveil dont les piles restent encore à changer, un cendrier, quelques boîtes de médicaments, une bouteille, et un cabas vide.

En dehors de la présence de quatre murs, d'un toit et d'un lit, la découverte de cet espace me renvoie l'image d'un petit squat aménagé pour survivre.

Cet espace de vie me semble très peu investi. Peut-être que G. se contente de ça. Mais je pense fondamentalement qu'il ne sait pas de quoi il pourrait avoir besoin. Je ne suis pas certaine qu'il se sente mieux ici, loin de ses amis et des habitués, dans un quartier qu'il ne connaît pas et sans repères.

L'investissement de cet espace privé me semble particulièrement important pour que G. puisse acquérir une nouvelle stabilité au sein d'un environnement qu'il ne connaît pas. Pour cela, je lui demande ce qu'il aimerait faire dans cet espace et comment il pourrait se sentir chez lui. Je l'amène à se projeter. G. me répond qu'il souhaiterait mettre quelques décorations sur les murs, mais qu'il n'a pas encore pris le temps de le faire.

Pendant la découverte de son espace privé, j'ai également invité G. à verbaliser ses ressentis, j'ai soutenu la représentation d'une future installation au sein de ce nouvel environnement à partir d'un étayage corporel, nous avons ouvert la fenêtre pour percevoir l'air dans la pièce, nous avons observé le paysage et la vue depuis celle-ci.

L'installation de la relation me permet d'envisager un moyen d'amener G. à se redécouvrir, à être à l'écoute de lui et de ses besoins.

III.3. De la relation aux soins

Au CHUS, nous avons fait le choix de ne pas faire d'évaluation psychomotrice lors des rencontres. Nous avons construit une grille d'observations, organisée selon différents items psychomoteurs. Puis, pour chaque résident, nous avons rempli les informations au fur et à mesure de nos observations.

III.3.a. Les symptômes perçus dans la rencontre

Etymologiquement, le terme "symptôme" vient du grec "symptiptein (συμπίπτω)" qui signifie "rencontrer". Pour le patient, le symptôme est un indice subjectif, qui est parfois un signe d'alerte motivant la consultation médicale. Par l'observation, le thérapeute perçoit le symptôme comme la manifestation d'un trouble éventuel. « La détermination d'un symptôme est évolutive avec des frontières nosologiques variables en fonction de critères historiques, culturels, sociaux. »²⁷.

C. POTEL (2010), observe que parfois, le corps tout entier est pris dans une construction qui elle-même fait symptôme. « Le fonctionnement psychocorporel est entravé dans sa globalité. Le patient est en difficulté pour se construire. (...) Dans d'autres cas, le symptôme se localise sur une fonction ou sur des fonctions très particulières du registre psychocorporel²⁸. » Le dysfonctionnement est une perturbation ou une dégradation du fonctionnement normal d'un organe ou d'un système. Objectiver son existence suppose de considérer la norme comme

²⁷ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M p.287

²⁸ POTEL C. (2010) p. 210-211

référence. Selon S. ROBERT OUVRAY (2017) Le symptôme est reconnu par sa caractéristique énigmatique ; « une organisation psychocorporelle difficile à comprendre, pour le patient lui-même²⁹ ».

M. BALINT définit le symptôme comme « le fait d'un double rapport, d'une part entre les signes et la souffrance et, d'autre part, entre ce qui est exprimé de cette souffrance et ce qui en est reçu. »³⁰ : la souffrance ne prend valeur de symptôme que lorsqu'elle est entendue et comprise par l'autre.

Au cours de cette rencontre, la première souffrance que j'ai entendue est celle de la douleur.

Un corps douloureux

G. marche lentement, ralenti par une douleur dans la hanche droite, partie du corps qu'il ne nomme pas, mais sur laquelle il frotte vigoureusement sa main.
« Cette douleur ça fait plus d'un an que ça dure ».

Lorsque je l'invite à mettre des mots sur l'origine de cette douleur, il est confus. L'arrivée des symptômes et « l'histoire » de cette souffrance semblent difficiles à retracer pour lui.

Il y a maintenant plusieurs années, G. a subi une multiple fracture de la hanche et du fémur. Ce traumatisme a nécessité une intervention chirurgicale et une pose de broche « un bout de métal qui tient ma jambe » lorsqu'il utilise ses mots, il me renvoie l'image d'un corps-machine qui ne fonctionne plus, et dont une partie ne lui appartient pas.

Après une courte convalescence, un retour à la rue, G. est tombé de nouveau. C'est depuis cette chute que la douleur est devenue plus intense. Une nouvelle intervention serait nécessaire mais ne pourra être programmée que lorsque G. sera parvenu à réduire sa consommation d'alcool.

²⁹ ROBERT OUVRAY S. (2017) p.55

³⁰ DEITTE J. (2007), p. 15

La douleur est un signe d'alerte qui semble pousser G. au changement. « Il va bien falloir que j'y fasse quelque chose, ça ne peut plus durer ».

La douleur est définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. »³¹ En fonction du seuil sensoriel de chacun, la perception de la douleur varie d'un individu à un autre et implique une dimension subjective.

Lorsque celle-ci est reconnue par le sujet et que celui-ci parvient à lui donner un sens, elle est porteuse de limite. C'est un signal d'alerte qui invite le sujet à se protéger, à mettre en place un comportement adapté pour parvenir au soulagement. Mais parfois, comme pour G., la douleur n'est pas symbolisable, elle est incompréhensible, elle est une sensation « en trop » dont il convient de se débarrasser à tout prix.

La douleur met à mal la perception de l'enveloppe. Afin de lutter contre cette désorganisation, l'individu se renforce toniquement. Paradoxalement, ce mécanisme physiologique souvent inconscient accentue également la perception de la douleur.

Chez G., les positions antalgiques choisies mobilisent un important tonus postural. Des troubles de la régulation tonique le mettent en difficulté tant au niveau de la motricité globale que dans la réalisation de praxies fines. L'hypertonie est très marquée mais au regard de son parcours de grande précarité, je ne peux pas affirmer que la douleur soit la seule responsable d'une telle carapace de tension musculaire.

³¹ Inserm (2016)

Chez G., je constate l'existence d'un phénomène de clivage, une sorte de dissociation traumatique qui l'amène à parler de cette hanche douloureuse comme d'un objet dysfonctionnel. Mais pour lui la douleur existe, il la sent et il semble important d'être en mesure de l'écouter, de lui donner un sens, et permettre ainsi à G. de prendre conscience de son état corporel pour maintenir le lien de la corporéité et lui donner le pouvoir d'agir vers un mieux-être.

L'observation de la démarche et de la posture de G. me renvoie l'image d'un homme carapacé. L'activité de G. est marquée par une hypertonie massive qui induit une conservation des attitudes corporelles.

La douleur modifie le rapport au temps, le rapport à soi et le rapport aux autres. La disparition du désir et des activités est régulièrement observée chez les patients souffrants. D. LEBRETON (2003) dans son livre *Anthropologie de la douleur*, décrit chez les patients un sentiment de solitude extrême.

L'alcool, béquille fidèle

Lors de mes premiers échanges avec G. sa consommation d'alcool prend une place importante. S'il en parle beaucoup, il reste malgré tout difficile de savoir comment il vit cette dépendance.

G. explique qu'il souhaite arrêter de boire mais il dit aussi qu'il en a besoin, que sans cela, il ne pourra pas avancer. « Je suis passé de plusieurs bouteilles de rosé à quelques bières ». Il décrit l'alcool comme un fléau dont il peine à se défaire. G. a réalisé de nombreuses cures, suivies de postcures. Pour lui, « elles sont toutes sans succès ! ».

Et puis quelques minutes plus tard, passionné, il enseigne aux autres résidents les secrets et recettes de ses breuvages préférés. Il raconte ses « meilleures expériences », et cette fois-ci, il exprime tout le plaisir que cela lui apporte.

Pour X. EMMANUELLI, le fondateur du Samu social de Paris (2003) dans la vie précaire, « l'alcool a trois vertus puissantes : c'est un antalgique, un tranquillisant et, surtout, il dissout la réalité »³². L'alcool a une fonction sociale, il oblige à mendier, à trouver de l'argent, puis se déplacer pour se réapprovisionner. « Le vin construit le rythme quotidien.»³³. Si maintenant G. semble vouloir stopper ses consommations, elles l'ont probablement, pendant de nombreuses années, aidé à supporter sa vie.

Le comportement de l'alcoolodépendant est un passage par l'agir. Face à une pression psychique interne trop forte, le sujet passe par l'agir et se procure des sensations rassurantes. C'est un processus de préservation qui se met en place dès l'enfance dans les phénomènes d'angoisses archaïques décrits par D. WINNICOTT (1969).

D'après les travaux cliniques de M. MONJAUZE (1999), l'alcoolisme pourrait être mis en lien avec une faillite de l'environnement précoce. Elle observe chez ses patients alcoolodépendants des défaillances de portage, terreur de chute, carence d'enveloppement, absence de nomination du corps, carence des soins élémentaires d'hygiène, défaillance de la fonction de pare-excitation... ayant entraîné des difficultés de représentation et de vécu du corps, en tant que contenant limité et solide.

Dans la pathologie alcoolique le corps n'est plus habité psychiquement par le sujet. J.P. DESCOMBEY (1998) décrit une triple négation de l'alcoolodépendant : asomatognosie, anosognosie, athanatognosie.

³² EMMANUELLI X. (2003), OUT. L'exclusion peut-elle être vaincue ?, p. 70.

³³ Thèse de F. Mathieu p75

L'observation psychomotrice proposée par C. EXPOSITO met en évidence différentes atteintes psychocorporelles : mauvaise intégration du schéma corporel, troubles de l'orientation temporo-spatiale, trouble de l'équilibre statique et dynamique, perturbation importante des fonctions toniques.

Dans ma rencontre avec G. je retrouve ces différentes problématiques. Pourtant, je ne peux pas affirmer qu'elles soient uniquement liées à sa dépendance à l'alcool. Néanmoins, cette dernière doit être prise en compte pour penser un accompagnement adapté.

G. est actuellement suivi par son médecin traitant dans une démarche de sevrage, il possède une prescription de Valium®. Ces médicaments, tout comme la consommation d'alcool, peuvent entraîner des déséquilibres, des chutes et une instabilité motrice.

Les sevrages alcooliques nécessitent une vigilance particulière en raison des risques de malaise ou de crises d'épilepsie. Le cadre structuré de l'hospitalisation renforce la sensation de contenant et participe au soutien de la structure interne du sujet. La relation avec les soignants permet le maintien des objectifs. Lors de ses précédentes cures, G. est parvenu à stopper ses consommations mais hors du cadre de l'institution de soin cela n'a pas duré.

La reconnaissance d'une souffrance est nécessaire pour le travail thérapeutique. Cependant, dans ma rencontre avec G., j'ai constaté que le rapport qu'il entretenait à son propre corps l'empêchait de se projeter dans une écoute attentive de ses besoins.

Au regard de ces diverses problématiques que sont l'alcool et la douleur, l'accompagnement en psychomotricité peut avoir plusieurs axes thérapeutiques. Je ne cherche pas l'exhaustivité mais présente ici ceux que j'ai développé avec G.

La douleur comme l'alcool-dépendance altèrent l'image de soi et les représentations corporelles du sujet. Un accompagnement en psychomotricité peut permettre de soutenir la découverte de sensations agréables et l'exploration des capacités corporelles, en favorisant ainsi l'estime de soi.

En accompagnant G. dans la prise de conscience de ses ressentis, et dans la verbalisation de ses vécus corporels, la psychomotricité peut lui permettre d'accéder à la reconnaissance de ses besoins. Ainsi, il pourra peut-être à terme devenir acteur, trouver des solutions pour soulager ses tensions corporelles et adapter son environnement pour un mieux-être autonome.

Je propose alors à G. de venir découvrir la psychomotricité en l'invitant à venir à la permanence. Je lui explique que c'est un espace dans lequel il peut se détendre, que nous proposons des thés et des boissons chaudes. Ouvert à cette nouvelle découverte, il accepte avec plaisir la perspective d'un moment de partage au sein d'un nouvel espace.

Consciente de ses difficultés à se repérer dans le temps et l'espace, je lui ai laissé par écrit les informations nécessaires, et nous avons recherché ensemble un moyen de l'informer de notre présence ; je viendrai frapper à la porte de sa chambre dès l'installation de la permanence.

[Premier accueil à la permanence, novembre 2018]

Lorsque je vais le chercher dans sa chambre pour la permanence, G. décrit une douleur intense dans la hanche droite.

Le regard au sol, son visage est marqué par la fatigue. Il se tient contre les murs, comme s'il souhaitait libérer sa jambe droite d'une partie de son poids. « à cause de ça³⁴, certains jours, je n'ai pas la force de me lever ».

G. parle de son corps avec beaucoup de tristesse et de colère. Cette souffrance corporelle l'amène à parler de sa vie d'une manière générale. G. ne sait pas exactement situer le moment à partir duquel la situation s'est dégradée tant au niveau social que du point de vue de la santé. Au cours de cette conversation, j'ai la sensation que c'est un peu comme s'il ne comprenait pas pourquoi il avait désormais besoin du CHUS. A ce moment précis, je ne sais plus de quelle souffrance parle G.

Je lui propose de prendre un temps pour se détendre autour d'un thé ou d'un café, et de venir explorer la permanence. G. me semble hésitant, je lui propose de l'accompagner. Soutenu par la relation, G. accepte.

Lorsque G. entre dans l'espace de la permanence ne prête pas attention aux tissus, projection, et décorations installées. Il me paraît comme insensible aux stimulations visuelles de la pièce.

La douleur occupe aujourd'hui une grande place. Dans l'espace de la permanence, je lui propose de découvrir différents objets ; des balles sensorielles, des marrons, des élastiques et masseur vibrant.

³⁴ Phénomène de clivage de dissociation que je décris plus haut.

Lorsqu'il découvre la sensation de vibration, G. laisse échapper un soupir de soulagement et se redresse. « Ça c'est agréable ! ». Cette nouvelle sensation semble apaiser la douleur et lui permet de se détendre quelques instants.

Assis sur sa chaise, bien que très tonique, son axe corporel semble fragile et sa position instable. Le poids de son corps est déplacé à droite, du côté de sa hanche douloureuse.

A la permanence, les différents échanges autour des sensations nous permettent de constater que G. apprécie les goûts forts et marqués ; le sucre, le piment et les fromages. Ces observations me laissent à penser que G. pourrait être en recherche de sensation et d'un éprouvé de l'enveloppe. Comme l'explique P. PYREYRE (2015), dans certaines situations cliniques c'est « l'intensité de la sensation qui est recherchée pour entretenir une image défaillante de la continuité de la vie. Plutôt avoir mal que se sentir inexistant ou en voie d'annihilation. »³⁵ Je prends en compte cette perspective pour l'analyse clinique de G.. Elle pourrait expliquer les raisons pour les lesquelles il s'appuie sur sa hanche douloureuse.

[Deuxième accueil à la permanence, décembre 2018]

Il se dirige spontanément vers la table, espace dans lequel ma collègue et moi sommes installées. Cette fois, encore, G. n'explore qu'une faible partie de l'espace de la permanence.

Aujourd'hui, G. est habillé d'un pantalon de ski. Comme s'il vivait dehors, il a superposé de nombreuses couches de vêtements pour se protéger du froid.

Je lui propose de prêter attention à ses sensations corporelles ; le poids de sa veste sur ses épaules, la sensation de chaleur. Pour la première fois, G. va enlever sa veste. Serait-il suffisamment en sécurité pour déposer son enveloppe ?

³⁵ Pireyre E., (2015), p. 56 *clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Dunod, Paris.

Un pot garni de crayons de couleur et quelques mandalas disposés sur la table attirent son attention. « Sur celui-là il y a des poissons, je suis du signe du poisson, moi ! ». G. s'installe, et commence à colorier.

Parfois, entre deux couleurs, G. s'arrête, observe son mandala, puis passe quelques minutes en silence, avant de prendre la parole.

G. choisit un mandala en fonction de son signe astrologique, il affirme son identité. Calmement, il évoque différents sujets importants pour lui. Le ton de sa voix s'est adouci, il semble apaisé. Il ajuste sa posture et prend appui sur le dossier de sa chaise. Le mandala semble permettre à G. de se recentrer et de s'exprimer.

Au sein de la permanence, nous avons choisi de proposer différents mandalas comme support d'expression. Ces coloriations circulaires ont été étudiés par C.G. JUNG. Selon lui, ils possèdent des vertus thérapeutiques et créatrices. L'observation clinique l'amène à constater que certains malades en situation de désintégration psychique dessinaient spontanément des formes circulaires. Le mandala est un « schéma ordonnateur » qui permet de prendre du recul et d'organiser chaque élément de pensée dans un cercle. Le mandala symbolise la totalité psychique. La limite circulaire protège les éléments internes. Observer un mandala, c'est percevoir des éléments qui se complètent pour former une totalité.

Pour G. le coloriage du mandala semble être une expérience structurante, déjà tracé sur le papier, la forme circulaire lui donne un cadre pour s'exprimer. Le mandala est une médiation. Cet objet tiers lui permet de s'exprimer, de se raconter. Guidé par la structure du mandala, il semble retrouver la sienne. Le geste graphique du coloriage semble soutenir une détente tonique et psychique.

Un autre point attire notre attention, G. plisse les yeux pour colorier à l'intérieur des petites formes. Au cours de cette permanence nous conseillons à G. de prendre rendez-vous pour qu'il puisse faire surveiller sa vue.

Aujourd'hui G. semble avoir du mal à quitter la permanence. Il explique que ces moments lui font du bien. G. insiste pour que l'on vienne le chercher dès le début de l'installation. Il nous explique que cela pourrait lui permettre de « s'occuper » dès le réveil, et retarder ainsi sa première consommation d'alcool.

Pour la première fois, G. évoque une envie concrète qu'il envisage pour la semaine suivante. Il semble dans l'attente de retrouver la permanence.

G. semble s'être peu à peu adapté au rythme de vie du CHUS. Nous l'apercevons désormais le midi à l'heure du repas. L'équipe du centre constate une nette évolution, elle est surprise de son adaptation.

Au sein de la permanence, G. semble avoir trouvé une certaine stabilité.

[Premier accueil en individuel, janvier 2019]

Nous avons été absentes pendant plusieurs semaines. Depuis notre retour au CHUS, nous n'avons pas revu G.. Ce matin, lorsque je viens frapper comme convenu à la porte de sa chambre ; pas de réponse. Nous prenons de ses nouvelles auprès de sa référente sociale.

Les échanges avec l'équipe sont des temps importants qui nous permettent de faire du lien. De semaine en semaine, c'est au cours de ces discussions que nous nous tenons informées des nouveaux évènements. C'est aussi l'occasion de leur faire un retour sur l'évolution de G. depuis ses débuts à la permanence.

Sa référente nous informe que G. se rend régulièrement dans son quartier. Les jours de marché, il y retrouve les habitués et les commerçants. Il rapporte quelques fromages dont

l'odeur se diffuse dans sa chambre. Ces liens semblent lui faire du bien, et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles il ne se rend pas à la permanence ces dernières semaines.

Quant à sa consommation d'alcool, la situation semble préoccupante. Dernièrement, suite à une mauvaise chute, G. s'est blessé à l'arcade, sa plaie ne cicatrise pas bien.

En début d'après-midi, je croise G., assis sur une marche devant l'entrée du CHUS. Il me reconnaît et me sourit. Je lui signifie que cela fait longtemps que nous ne l'avons pas vu, et qu'il est toujours le bienvenu à la permanence. (Il ne semble pas s'en souvenir). Je lui décris la permanence pour lui rappeler ce qui s'y passe. « Ah oui, le truc rond avec des motifs à colorier ! »

Les stimulations visuelles de l'espace et le décor de la pièce ne semblent pas être dans sa mémoire. En revanche, il me reconnaît et se souvient du mandala. Il semblerait que ce soit cette proposition, associée à la relation, lui ait procuré du bien-être.

G. n'était pas au marché ce matin, « le marché c'est le Mardi, le Vendredi et le Dimanche » me dit-il. Mais curieusement G. ne sait que nous sommes aujourd'hui jeudi.

Le rythme de la vie à la rue lui sert encore de repères. L'animation du quartier un jour de marché semble avoir structuré sa temporalité. Mais en dehors de ces jours-là, G. ne parvient pas à se lever, il ne dort pas bien et les tapages nocturnes de son voisin de chambre n'arrangent rien. G. est déçu de ne pas avoir pu venir ce matin. Il énumère de nombreux tracasseries qui semblent le désorganiser.

Je lui propose de venir prendre un temps pour échanger, je lui explique que j'aimerais lui proposer de réaliser un dessin, de parler de comment il se sent actuellement dans son corps. Nous fixons donc un rendez-vous à 15h.

Pour la première fois, je reçois G. en entretien individuel.

Son visage est marqué par la fatigue, les traits tirés, une barbe peu entretenue, sa peau semble dure et sèche. Une vilaine et large plaie sur l'arcade « ça va finir par partir tout seul ».

Même s'il est en difficulté au niveau de la régulation tonique, G. apprécie les activités manuelles. Il semble content de me voir arriver avec un pot de crayons de couleur à la main. Je propose à G. de se dessiner sur une feuille.

G. commence par dessiner les membres inférieurs, il prendra soin de choisir les couleurs en fonction de ses propres vêtements. G. accorde une grande importance à la présence de signes distinctifs sur son dessin (tatouage, boucle d'oreille, cigarette, cannettes de bières dans les poches) « Tout ça c'est moi ! ».

Il signe son dessin par un surnom, acronyme utilisé par ses amis : son blaze !

Le dessin³⁶ de G. est très détaillé. Aux vues des diverses problématiques (alcoolisme, douleur) pouvant avoir des conséquences sur la représentation du corps, je ne m'attendais pas à ce qu'il puisse se représenter ainsi. Les proportions du dessin sont cohérentes. Les contours du corps sont représentés par ses vêtements. Les membres inférieurs sont très peu détaillés, et il semblerait que ce soit la partie du corps la moins investie. C'est aussi celle qui me semble actuellement la plus fragile.

³⁶ Le dessin est présenté en annexe

Sur son dessin, des pointillés au niveau de son poignet gauche attirent mon attention « C'est mon tatouage » « C'est la main du voleur ». L'aspect artisanal de ces petits traits d'encre inscrits sur sa peau me laisse penser que ce tatouage a été fait en prison.

Ce tatouage est lourd de signification pour G. et l'incarcération est inscrite symboliquement sur son enveloppe corporelle. Pour la première fois, G. aborde avec précision ses « passages en prison ».

« En Algérie c'était le pire ».

« En France, j'avais de la chance ». G. était souvent travailleur. Il ne gagnait pas grand-chose mais ces quelques économies lui suffisaient « pour rebondir ». Et puis sa mère pouvait venir le voir.

G. décrit une relation fusionnelle avec sa mère. La mise en mots de cette situation modifie grandement sa posture corporelle, G. pose son crayon et prend appui sur le dossier de sa chaise. Il me renvoie l'image d'une attitude plus douce, moins raide et ses mots me semblent moins impulsifs... « Elle cuisinait bien ma mère » et puis « même dans les moments difficiles, quand je faisais des conneries, elle était là. ».

Puis G. évoque des relations familiales compliquées.

Les parents de G. se sont séparés, son père a refait sa vie avec une autre femme. « Il a abandonné ma mère » me dit-il dans une grande agitation corporelle. Il s'est battu de nombreuses fois avec son père, G. n'a plus souhaité le revoir.

Il a une sœur, plus jeune, dont il n'a pas de nouvelles et dont il n'apprécie pas la compagnie « son mec est flic ! », une manière de dire que depuis le premier jour ils n'étaient pas faits pour s'entendre.

Peu à peu, à partir de ce dessin, G. raconte toute son anamnèse.

La mère de G. occupait une grande place dans sa vie elle le nourrissait et le sécurisait. Pour G. c'est au moment de son décès, alors qu'il avait 27 ans, qu'il a commencé à boire. En réalité, au fil de la discussion, je comprends que c'est surtout à partir de ce moment que G. n'a pas pu se passer de l'alcool. Après le décès de sa mère, G. a multiplié les consommations, cocaïne, crack, cannabis, G. décrit cette période comme un véritable moment de « débauche ». Face à l'angoisse provoquée par la perte de sa mère, la dépendance à l'alcool semble s'être installée chez G.

Dans les poches de sa veste, il a pris soin de dessiner deux bières dans chaque poche. « Pas n'importe quelle bière, la AM ». L'alcool semble faire partie de lui. Mais une fois de plus, G. verbalise l'envie de parvenir à s'en passer.

G. repère les symptômes de sevrage. Il décrit des tremblements « Si je ne prends pas de Valium®, je ne peux même pas rouler ma cigarette le matin ». Puis il évoque sa récente chute et sa plaie à l'arcade pour lui « ce n'est qu'une cicatrice de plus ». « J'ai perdu l'équilibre, je n'avais même pas bu ».

A ce moment précis, G. décrit un corps qui lui échappe et dont il ne comprend pas les défaillances. Le corps de G. me paraît désinvesti. Mais aujourd'hui, il se représente, il se dessine et se raconte. Il formule une nouvelle plainte : la perte d'équilibre. Même si G. ne parvient pas à mettre du sens sur cette situation handicapante, il se questionne. Le constat sur ses difficultés corporelles pourrait être un point de départ pour une demande d'accompagnement en psychomotricité. J'accueille ses mots et lui propose que l'on puisse se voir plus régulièrement.

Ce temps d'accueil, en individuel, marque un tournant dans la prise en charge de G. Je constate que la rupture de certains liens a entraîné chez lui une perte simultanée de son sentiment continu d'existence. Au décès de sa mère, la situation bascule et c'est à partir de ce moment que G. ne semble plus parvenir à prendre soin de lui. La situation de précarité et/ou de marginalité est parfois la conséquence d'une série de ruptures (rupture familiale, licenciement, rupture culturelle...) il devient alors difficile de faire du lien, de rompre avec la solitude, de se rappeler d'où l'on vient.

Selon S. QUESEMAND ZUCCA (2007) « [l]e travail de réélaboration des traumatismes passés est possible lorsque la personne n'est pas dans la rue depuis trop longtemps, quand les affects, comme la honte, l'envie, les regrets, les remords, sont présents ; lorsqu'on entrevoit encore la possibilité d'un lieu dans lequel il sera possible de formuler le poids du passé dans l'approche du présent, et dans l'anticipation du l'avenir.³⁷ ». Le parcours de G. est ponctué de ruptures, mais les affects sont encore présents et aujourd'hui, au sein de cette relation duelle et à partir du dessin du personnage, G. tisse peu à peu des liens entre son passé et celui qu'il est actuellement.

Lorsque je propose à G. de faire un dessin, j'ai l'intention de faire le point sur ses représentations corporelles. Cette production a servi de médiation d'expression. G. a pu pour la première fois en ma présence, mettre des mots sur l'origine de ses angoisses.

Pour la suite de l'accompagnement il me semble intéressant d'offrir à G. un espace d'expression, dans un cadre contenant et sécurisant, en maintenant une continuité dans le temps. Il me semble également important de valoriser son image du corps, perçu majoritairement comme défaillant. En proposant différents vécus sensoriels, en mettant le corps en mouvement, G. peut se le réapproprier et mettre du sens sur ses ressentis, et pourquoi pas découvrir de nouvelles potentialités de sensations agréables, trouver ses propres ressources.

³⁷ QUESEMAND ZUCCA S. (2007) p.115

[Février 2019]

Je viens le chercher pour l'informer de la présence de la permanence.

Je frappe à la porte entrouverte, une voix que je ne connais par me répond « entrez ».

Ce matin, l'accueil me semble particulièrement différent, G. ne vient pas m'ouvrir, son espace intime est aujourd'hui ouvert. Une odeur de tabac, de transpiration et d'alcool se dégage de la chambre et envahit le couloir.

G. et M. S. son colocataire sont installés face à face, chacun sur leur lit. Dans la chambre, bouteille de rhum, cannettes de bières, et amas de cendres jonchent le sol.

Je suggère à G. d'ouvrir la fenêtre. Il apprécie l'air frais qui aère la pièce. Puis il tient à me montrer quelque chose. Il ouvre le tiroir et sort plusieurs affiches de cinéma. Enthousiaste, il m'explique avec détails ses futurs « projets déco ».

G. a trouvé un moyen d'investir cet espace et se projette sur l'organisation de ce lieu qui semble désormais être le sien.

G. connaît parfaitement les raisons pour lesquelles je viens frapper à la porte de sa chambre. « Si vous êtes là c'est que les mandalas sont prêts ! », « Vous avez retrouvé la bouilloire ? ». G. s'adresse à M. S., son colocataire, et l'invite à venir en lui racontant certains éléments de son vécu au sein de la permanence. « C'est agréable, ça change les idées ».

G. verbalise ici les effets positifs que peut avoir la permanence. Il m'impressionne, il se souvient avec précisions de certains détails de la semaine précédente, et pour la première fois, j'ai l'impression qu'une sorte d'habitude du jeudi matin s'est installée. Il m'indique qu'il se prépare pour nous retrouver.

45 minutes plus tard...

Il ne reste que 20 minutes de permanence. G. n'est pas accompagné de son colocataire. Sous les effets de l'alcool, son instabilité posturale et psychique altère considérablement son engagement au sein de la permanence. Aujourd'hui G. ne fait pas de mandala, il ne peut pas. Il s'installe à la table pour prendre une boisson chaude. G. parle beaucoup, et est très agité.

Sur sa chaise, G. s'effondre, s'appuie contre la table et glisse sur l'assise. Je tente de lui proposer une installation sur le canapé mais G. a peur de ne pas être capable de se relever.

Sa consommation d'alcool est un obstacle pour accompagner G. dans un étayage de ses ressentis corporels, elle altère sa motricité et ses capacités de maintien postural. Malgré son état d'ébriété, j'ai accueilli G. au sein de la permanence. Ce matin, G. a fait le choix de prendre un « temps pour lui » et il me semble important de soutenir cette démarche.

Sa référente sociale a quitté le centre et G. a également accueilli un nouveau colocataire dans sa chambre. Ces changements ont modifié son cadre de vie et ont probablement créé une situation d'instabilité. Je pose l'hypothèse que cela aurait réactivé chez lui des angoisses qui auraient été soulagées par une consommation d'alcool.

[Mars 2018]

G. est revenu plusieurs fois à la permanence. A ce stade de l'accompagnement je constate plusieurs évolutions.

G. a pu éprouver et reconnaître des états de détente musculaire. Il a également montré un intérêt particulier pour les mandalas qui semblent l'apaiser. G. s'est acheté une boîte de feutres et affirme vouloir désormais personnaliser lui-même son espace de vie avec ses propres créations. G. s'est autorisé à créer, à se projeter pour imaginer l'aménagement de son espace de vie.

G. s'est peu à peu adapté au rythme de vie du CHUS. Présent aux temps des repas, il partage des moments de vie en communauté avec d'autres résidents. Il continue de retourner dans son quartier et il y retrouve les repères qu'il a toujours connus. Pour plus de confort, ayant perçu avoir ses difficultés à s'asseoir sur le trottoir, il a investi dans un petit fauteuil pliable.

Malgré l'absence de référence dans son accompagnement social, G. a de lui-même fait les démarches nécessaires pour avoir de nouvelles lunettes adaptées à sa vue.

Ses problématiques de dépendance se poursuivent mais l'accompagnement en psychomotricité semble lui avoir permis d'entreprendre de manière autonome certaines démarches vers un mieux-être. G. a pu être à l'écoute de ses ressentis, il a reconnu certains de ses besoins, il a trouvé des moyens pour aménager son quotidien.

Pour G., la relation a été le point d'ancrage de l'accompagnement. C'est au sein de celle-ci que G. a pu s'inscrire dans une continuité

Lorsque j'ai rencontré G. pour la première fois, les symptômes apparents comme la douleur ou la dépendance à l'alcool m'ont amenée à penser que G. pouvait avoir une difficulté à ressentir, à percevoir et à mettre du sens sur ses vécus corporels.

Convaincue qu'un accueil en psychomotricité au sein de la permanence pouvait permettre à G. de renouer avec sa corporéité, j'ai rapidement réalisé que de lui-même, n'ayant pas conscience de ses besoins de soin, il ne peut pas investir seul cet espace et s'engager dans une continuité.

Au départ, G. présente des difficultés d'adaptation dans la relation. Il se présente comme ce marginal endurci insensible, qui a roulé sa bosse. Mais lorsque j'ai moi-même adopté une posture contenant en étant à l'écoute, en proposant un étayage corporel et verbal, des stimulations... J'ai réalisé que ses capacités relationnelles étaient finalement un véritable levier pour l'accompagnement. A partir de là, c'est au sein de cette relation que G. a pu exprimer ses souffrances, leur donner un sens et se lancer sur les chemins du prendre soin.

Conclusion

Au cours de cette année de stage, nous avons mis en place un dispositif d'accueil en psychomotricité dans la volonté d'accompagner les résidents dans la reconnaissance de leurs besoins dans un objectif de mieux être.

Nous avons choisi de proposer une permanence au sein de laquelle les propositions sensorielles ont été un support de méditation pour renouer avec une corporéité parfois transformée par la rue et la précarité. Espace de détente, d'expression de soi, d'affirmation de la subjectivité... Les objectifs ont été modulés en fonction des besoins afin de permettre à chacun de se rencontrer soi pour s'ouvrir ensuite aux autres et au monde.

Au cours de ma rencontre avec G., j'ai réalisé que la simple présentation d'un espace pour prendre soin de soi ne suffisait pas. C'est au fil de la relation, en développant une clinique de l'aller-vers, en portant la psychomotricité au plus près de ses besoins ; lors d'une sortie culturelle, dans sa chambre ou même dans un couloir qu'un lien thérapeutique s'est installé.

Au sein d'une relation contenant et sécurisante, je peux désormais affirmer que l'approche psychomotrice lui a permis d'être à l'écoute de ses besoins. Dans une relation de prendre soin, G., un résident sensible, je peux maintenant l'affirmer, est parvenu à son tour à prendre soin de lui dans une démarche autonome. Les évolutions prennent du temps et le chemin parcouru peut sembler infime. Mais maintenir une potentialité d'amélioration, même sans parfois y parvenir, c'est laisser une possibilité de rester dans le vécu de l'humanité, une possibilité de sortir un jour peut-être de l'exclusion et de la solitude. J'ai vécu et compris que faire une proposition thérapeutique sans jamais y renoncer et en accordant au sujet le temps nécessaire à sa reconstruction a un sens.

La permanence de la proposition devient permanence d'une potentialité de lien et donc une permanence de potentialité thérapeutique pouvant parfois déboucher sur une évolution

favorable. J'ai mesuré combien la psychomotricité est un outil au service du bien de l'humain dans sa relation à lui-même et aux autres.

Malgré des conditions parfois difficiles, sans équipe soignante à nos côtés, face à des situations qui m'ont parfois laissée un grand sentiment d'impuissance, cette expérience a été pour moi d'une grande richesse. Elle m'a apporté de nouvelles perspectives en matière de prendre soin.

Prendre soin :

- C'est accueillir et écouter l'expression de la souffrance
- C'est retisser un lien entre le passé, le présent et l'avenir
- C'est soutenir la mise en sens et la représentation des vécus corporels
- C'est aussi parfois apaiser les turbulences pour lui permettre de retrouver une sécurité
- C'est soutenir l'expression de sa subjectivité
- C'est réinscrire le sujet comme premier détenteur de son vécu
- C'est l'accompagner dans la découverte de ses potentialités et de ses ressources intérieures pour lui permettre de créer sa vie, de devenir le narrateur de sa propre histoire.

Cette liste s'étoffera au fil de mes expériences, de mes rencontres et de mes démarches thérapeutiques. Ce mémoire m'a permis d'évoluer dans les gestes professionnels à adopter pour mieux accompagner toute personne vers un mieux-être.

Bibliographie

Ouvrages

ANZIEU D., (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

BALLOUARD C., (2006), *Le travail du psychomotricien*, 2ème éd., Paris, éditions Dunod.

CINGOLANI P., (2006), *La précarité, « Que sais-je » ?*, Paris, Puf.

CORRAZE J. (2011), *La relation en psychomotricité*, in Manuel d'enseignement de psychomotricité, sous la direction ALBARET J.M, GIROMINI F., SCIALOM P., Marseille, Solal.

DAMASIO A. R., (1999), *Le sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob.

DECLERCK P., (2001), *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Terre Humaine.

EMMANUELLI X., (2003), *Out. L'exclusion peut-elle être vaincue ?*, Paris, Robert Laffont.

FISCHER G.-N., (1991), *Les Domaines de la psychologie sociale : les processus du social*, Paris, Dunod.

FURTOS J., (2008), *Les Cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris, Masson.

GEREMEK B. (1978), *La potence ou la pitié, l'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*.

GIROMINI F, ALBARET J.-M., SCIALOM P., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : Clinique et thérapeutiques*, Paris, De Boeck Solal.

HUSSERL, E. (1929-1931). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie* (trad. P. Ricoeur). Paris : Gallimard

LE BRETON, D. (2003). *La peau dure et la trace. Sur les blessures de soi*. Paris : Ed. Métailié.

MELLIER D. (2007), *La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance* in Aubert A., Scelles R. (dir.) *Les dispositifs de soin au défi des situations extrêmes*, Toulouse, édition Érès.

MERLEAU-PONTY M., (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, La Librairie Gallimard.

- MONJAUZE M., (1999), *La part alcoolique du soi*, Paris, Dunod.
- MUCCHIELLI A., (2011), *L'identité*, Paris, Puf.
- PIAGET J., (1947) *La psychologie de l'intelligence*, Armand Colin
- PIREYRE E., (2015), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Dunod, Paris.
- POTEL C. (2010) *Être psychomotricien*, Toulouse, Editions Erès.
- POTEL C. (2015) *Du contre-transfert corporel, Une clinique psychothérapique du corps*
Collection l'ailleurs du corps aux Editions Erès
- ROBERT-OUVRAY S. (1997) *Intégration motrice et développement psychique*, 2ème éd.,
Paris.
- ROGERS C. *La relation d'aide et la psychothérapie*, 1ère et 2ème parties, 15ème éd., Issy-
les-Moulineaux, ESF Éditeur, 2008.
- SAMI-ALI M. (2003), *Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Edition
DUNOD.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2012), *Manuel d'enseignement de
psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- VINOT F., VIVES J.M., (2010), *Dimensions psychologiques de l'habiter chez les personnes
sans domicile fixe*, Centre Interdisciplinaire Récits, Cultures, Psychanalyse, Langues Et
Sociétés, Université de Nice.
- WINNICOTT D. W., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- ZUCCA S., (2008), *Je vous salis ma rue*, Paris, Stock.

Articles

- ANDRIEU B. *Incarner l'être dans son corps*, in *thérapie psychomotrice et recherches*,
n°118, 1999 : Du corps à l'être
- DEITTE J. (2007), « *Plaidoyer pour un respect du symptôme* », *Thérapie psychomotrice et
recherches*, n°150
- DROUIN-HANS A.M. *Identité Dans Le Télémaque* 2006/1 (n° 29), pages 17 à 26

Thèses

MATHIEU F., (2011), *L'errance psychique des sujets SDF, Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction*, Thèse de doctorat de Psychologie, Psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

Autres sources bibliographiques

ROBERT-OUVRAY S. et DUVERNAY J. (2017) *Dans le champ de l'humanitaire un autre apport : Le corps ressource*. Repéré à URL : <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/>

Annexe



Dessin réalisé par G. en Janvier 2019

Résumé

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion et d'une proposition d'accompagnement en psychomotricité au sein d'un Centre d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation.

Plongée au cœur de la précarité, la pratique de la psychomotricité m'a amenée à donner sens à la notion de corporéité. C'est par la rencontre avec un résident nommé G. et la mise en place d'une dynamique relationnelle que j'ai perçu concrètement le concept de prendre soin.

Je montre comment la psychomotricité pourrait trouver sa place dans l'accompagnement à un mieux-être des hébergés du CHUS.

Mots clefs : précarité – corporéité – dynamique relationnelle – prendre soin

Summary

This dissertation is the result of a thought process and a proposal for psychomotricity care within an emergency shelter.

Surrounded by precariousness, the practice of psychomotricity led me to give meaning to the notion of corporeality. It is thanks to a resident called G. and the establishment of a relational dynamic that I was able to really understand the concept of “taking care”.

I aim to demonstrate how psychomotricity could improve the well-being and help support the resident of University Hospitals.

Keywords : Precariousness – corporeality – relational dynamic – “taking care”