



HAL
open science

La psychomotricité dans un processus de réinsertion sociale : une dynamique psychocorporelle vers l'autonomisation du sujet. Explorer et accompagner un travail psychomoteur auprès de personnes alcoolodépendantes en CHUS

Maéva Esquembre

► **To cite this version:**

Maéva Esquembre. La psychomotricité dans un processus de réinsertion sociale : une dynamique psychocorporelle vers l'autonomisation du sujet. Explorer et accompagner un travail psychomoteur auprès de personnes alcoolodépendantes en CHUS. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02272015

HAL Id: dumas-02272015

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272015>

Submitted on 27 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



**La psychomotricité dans un processus de réinsertion sociale: une
dynamique psychocorporelle vers l'autonomisation du sujet.**

Explorer et accompagner un travail psychomoteur auprès de
personnes alcoolodépendantes en CHUS.

Mémoire présenté par Maéva ESQUEMBRE

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référents de mémoire :

Catherine POTEL

Béranger POIRIER

Session Juin 2019

« La condition humaine est corporelle. L'individu n'existe que là où il se tient à travers sa sensorialité, ses gestes ou ses mouvements. Sa présence au monde est toujours celle d'une corporéité en action », David LE BRETON

Remerciements

Je remercie grandement toutes les personnes présentes pour moi dans l'expérience de ce stage, dans la rédaction de ce mémoire.

Un immense merci à Jeanne, mon acolyte, sans qui rien n'aurait été possible si elle n'avait pas accepté de s'engager avec moi dans cette aventure incroyable.

Pour la millième fois je remercie encore Catherine et Béranger pour le temps qu'ils ont pu m'accorder, pour toutes ces réflexions qui m'ont sérieusement mise au travail et qui ont su me reconforter dans les moments de doute.

Merci à la Mifa qui, malgré les différences de domaines professionnels, a toujours su répondre présente tant dans l'accompagnement de mes études que dans le soutien singulier de cette dernière année.

Merci à mon partenaire de vie, Bastien, d'avoir éprouvé avec moi la rédaction de ce mémoire, dans ses heures sombres mais aussi dans ses moments de joie.

Enfin, merci encore à toutes les oreilles attentives qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire, de grandir professionnellement, de grandir humainement.

Sommaire

Introduction	8
--------------------	---

Chapitre 1 : La psychomotricité dans le milieu de la réinsertion sociale

Partie 1 : Le contexte du stage expérimental

1. Présentation du Centre d'hébergement d'urgence (CHUS).....	11
2. Qu'est-ce que la réinsertion sociale ?.....	13
3. Modalités d'intervention.....	15
3.1 La construction d'un bilan d'observation.....	17
3.2 La permanence « Un temps pour soi ».....	18
3.3 Atelier « Yoga et Respiration ».....	20
3.4 Communication avec les résidents et avec l'équipe.....	21

Partie 2 : Observations cliniques

1. Monsieur G, 63 ans.....	23
1.1 Première rencontre (Jeudi 8 Novembre 2018).....	23
1.2 Jeudi 15 Novembre 2018.....	25
1.3 Jeudi 29 Novembre 2018.....	26
1.4 Entretien du 17 Janvier 2019 (individuel).....	27
1.5 Jeudi 24 Janvier 2019.....	30
1.6 Jeudi 7 Février 2019.....	32
1.7 Jeudi 21 Mars 2019.....	33
1.8 Jeudi 28 Mars 2019.....	35
1.9 Conclusions.....	37
2. Monsieur B., 72 ans.....	39
2.1 Première rencontre (Jeudi 11 Octobre 2018).....	39
2.2 Jeudi 21 Février 2019.....	42
2.3 Jeudi 28 Février 2019.....	43
2.4 Jeudi 14 Mars 2019.....	45
2.5 Jeudi 21 Mars 2019.....	47

2.6	<i>Conclusions</i>	51
-----	--------------------------	----

Chapitre 2 : Une dynamique psychocorporelle troublée par des vécus singuliers

Partie 1 : La place des addictions dans les problématiques corporelles

1.	Définition du terme	53
2.	Place du corps dans l'alcoolodépendance.....	55
2.1	<i>Une histoire corporelle marquée par les addictions, majorée par la précarité et la vieillesse.</i> 56	
2.2	<i>Des troubles de la perception et du ressenti corporel</i>	58
2.3	<i>La peau, limite psychique du corps</i>	60
3.	La recherche d'une enveloppe sensorielle contenante	62

Partie 2 : Le corps, reflet d'un investissement singulier de soi

1.	Le sentiment de soi, une construction permanente ébranlée	65
2.	Habiter son corps de manière continue, reflet d'un investissement singulier de l'espace et du temps.....	68
2.1	<i>Le sentiment continu d'existence</i>	69
2.2	<i>Un rapport à l'espace altéré</i>	71
2.3	<i>Une temporalité ébranlée</i>	72
3.	Un corps à détruire, un corps dévalorisé	75
4.	Une autonomie difficilement accessible	78

Chapitre 3 : La psychomotricité, une tentative de réconciliation aux corps

1.	Auprès des résidents.....	81
1.1	<i>La question de la demande</i>	81
1.2	<i>Un accompagnement d'individus en marge des normes de la société</i>	83
1.3	<i>Objectifs psychomoteurs principaux</i>	83
2.	Auprès de l'institution et de l'équipe	85

2.1	<i>Une clinique déstructurante</i>	85
2.2	<i>Une volonté de pluridisciplinarité</i>	86
3.	En tant que stagiaire psychomotricienne	87
3.1	<i>Un cadre à penser, à construire</i>	88
3.2	<i>Un investissement professionnel et émotionnel singulier</i>	89
	Conclusion	91
	Bibliographie	92
	ANNEXES	96

Introduction

Pour la deuxième édition de la « Nuit de la Solidarité » de Paris (du 7 au 8 Février 2019), les équipes bénévoles ont dénombré 3 641 personnes sans domiciles fixes dans les rues de la capitale. Près de 18 000 personnes étaient hébergées dans des places pérennes en centres d'hébergement cette nuit-là. Ce dispositif a eu pour objectif non seulement le recensement des personnes vivant dans la rue mais aussi l'évaluation de leurs besoins, besoins qui se révèlent ne pas se limiter seulement aux besoins vitaux¹.

Cette précarité visible dans chaque recoin de Paris m'a beaucoup marqué lorsque, pour la première fois je découvrais cette ville. Habitée par un sentiment profond d'humanité et une empathie immense, je ne me sentais pas en accord avec l'indifférence ambiante de la société face à cette population en marge. Parallèlement, je développais mon sens de l'observation et mes connaissances lors de ma formation en psychomotricité.

C'est à la fin de ma deuxième année d'étude que je commençais à questionner sérieusement les dynamiques psychocorporelles en jeu chez les personnes que je rencontrais, dormant dans le métro, sur le trottoir ou sous les ponts. Comment en étaient-ils arrivés là ? Comment comprendre ce rapport au corps si particulier, si miséreux et désinvesti ?

Durant une année, j'ai pu explorer ces questionnements au travers d'un stage expérimental. Celui-ci, au sein d'un centre d'hébergement d'urgence fut pour moi une opportunité d'aller à la rencontre de ce public dans un cadre défini d'accompagnement vers l'autonomie et la réinsertion. Loin de penser pouvoir sauver cette population, je pensais que la psychomotricité pouvait apporter un regard différent sur le fonctionnement de chaque résident, une écoute singulière du corps et de l'état psychoaffectif de chaque individu. Par

¹ MAIRIE DE PARIS, (Mars 2019)

cette création de stage expérimental, tout restait à construire et j'étais impatiente de pouvoir participer à l'élaboration d'un tel projet.

Ce stage se révéla être un véritable travail de recherche qui nécessiterait de s'inscrire dans une temporalité plus importante. C'est pourquoi ce mémoire représente une exploration authentique et un assemblage parfois diffus des liens entre cette clinique singulière et les apports théoriques de la psychomotricité.

A partir de l'observation et de l'accompagnement de deux résidents rencontrés dans ce stage, il s'agira de comprendre les enjeux et problématiques à l'œuvre persistants malgré la restitution d'un logement qui nous le verrons, ne suffit pas à (re)trouver un équilibre.

Dans un premier temps, je présenterai le cadre dans lequel s'inscrit ce stage par l'exploration de la notion de réinsertion pour ensuite présenter mes rencontres avec Monsieur B et Monsieur G résidant respectivement depuis trois ans et cinq mois dans le centre. A partir de mes observations cliniques, je proposerai d'aborder les dynamiques psychocorporelles de l'addiction et plus particulièrement de l'alcoolodépendance, en lien avec le processus de réinsertion. Puis, je discuterai l'investissement corporel particulier et discontinu des individus qui me semble essentiel concernant cette population. Je terminerai par une réflexion autour des limites et des perspectives de ce stage et de la place de la psychomotricité au sein de ce Centre d'hébergement d'urgence.

Chapitre 1

La psychomotricité dans le milieu de la réinsertion sociale

1. Présentation du Centre d'hébergement d'urgence (CHUS)

Un centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation (CHUS) est un centre accueillant en urgence des personnes sans abri de manière temporaire. Cet hébergement propose aux résidents de se « stabiliser » c'est-à-dire de prendre un temps pour retrouver une situation de sécurité et d'équilibre. Cette notion de « stabilisation » suppose un accompagnement social de qualité et une remise en mouvement du sujet afin d'orienter progressivement ces personnes vers un logement et un emploi fixe.

Le CHUS dans lequel j'effectue mon stage est réparti sur deux bâtiments de quatre et cinq étages. Il dispose de soixante « unités de logement » hébergeant une centaine de résidents qui sont majoritairement des chambres doubles. Au dernier étage, cinq studios sont réservés aux personnes accueillies avec des animaux domestiques. Le bâtiment de style Eiffel abrite de beaux et grands espaces en communs comme une salle informatique, un grand réfectoire, un auditorium, une salle polyvalente et un espace d'attente sous une verrière lumineuse.

Les futurs résidents sont orientés exclusivement par le Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) ou le Samu social. En fonction des places disponibles la personne bénéficie d'une chambre composée de deux lits simples et de deux armoires. Elle rencontre le coordinateur et le travailleur social référent afin d'élaborer d'une part le contrat de séjour où est présenté le fonctionnement de la structure (droit et devoirs de chacun, règles de vie collective, règles d'hygiène et de sécurité, dispositions disciplinaires) et d'autre part le projet d'accompagnement personnalisé. Ce projet est construit sur les besoins sociaux et médicaux du résident nouvellement arrivé avec l'objectif à long terme d'inscrire la personne dans un processus d'insertion ou réinsertion durable. La personne référente est

davantage désignée selon le « quota » de résident par travailleur social que par une réflexion en équipe par rapport à la pertinence de l'accompagnement futur.

L'équipe transdisciplinaire est composée d'un chef de service, d'une équipe d'agents d'accueil, d'une équipe socioculturelle comprenant une coordinatrice et deux animateurs et enfin d'une équipe de travailleurs sociaux constituée d'une coordinatrice, de deux éducateurs spécialisés et de deux techniciens socio-éducatifs. Des bénévoles s'ajoutent à l'équipe de manière ponctuelle en proposant aux résidents des accompagnements aux rendez-vous médicaux ou en soutenant les activités proposées. De plus, deux infirmières interviennent une fois par semaine auprès des résidents nécessitant un accompagnement et un suivi médicamenteux.

Le centre possède un pôle culturel et artistique important. De nombreux évènements et sorties sont organisés (cinéma, musées, spectacles, pièces de théâtre, ...) et divers ateliers de pratiques artistiques (danse, théâtre, musique, tricot/couture, socioesthétique, expositions, ...) en collaboration avec des partenaires extérieurs sont proposées aux résidents qui souhaitent y participer.

Sous réserve du nombre de places disponibles, le CHUS est un centre ouvert à tous. Il accueille un public de rue diversifié allant de la personne marginalisée n'ayant eu accès à un logement depuis longtemps à la personne primo-arrivante dans l'attente de sa régularisation administrative. J'observe que cette hétérogénéité pose souvent des difficultés tant à l'équipe lors des accompagnements personnalisés qu'elle propose, qu'aux résidents qui ne se sentent souvent pas en sécurité ce qui les empêchent d'investir les différents espaces du centre. Ces difficultés sont majorées par la présence de troubles psychiatriques chez une partie des résidents.

2. Qu'est-ce que la réinsertion sociale ?

Le centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation a pour objectif de viser la réinsertion sociale des personnes qu'elle accueille, le temps de quelques mois ou de quelques années. Mais qu'est-ce vraiment la réinsertion sociale et qu'est-elle censée impliquer ?

Le terme de « réinsertion » apparaît à la fin du vingtième siècle par un grand mouvement de réflexion autour des nouvelles formes d'emploi et de leurs conséquences. Ainsi, en 1987, J. WRESINKI publie un rapport (*Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, Février 1987) alertant les pouvoirs publics de l'augmentation importante de la pauvreté et de la précarité en France. Le nombre des personnes au chômage est multiplié par six entre 1950 et 1990². En l'espace de quarante ans, c'est plus de deux millions de personnes qui se retrouvent dans une situation de précarité liée à une perte d'emploi³.

Selon M. BOIVIN et M. DE MONTIGNY, la réinsertion suppose une « forme de désinsertion [...] dans les sphères psychorelationnelle, socioprofessionnelle et sociocommunautaire »⁴ et qui engage le sujet dans un processus d'autonomisation. L'autonomie, étant originaire de la racine grecque *autos* qui veut dire soi-même et *nomos* signifiant la loi, peut alors correspondre à la volonté de se donner à soi une loi définie par soi-même. E. GOFFMAN apporte une dimension relationnelle à cette définition en définissant l'autonomie comme des « modifications du système de représentations par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende-les autres »⁵. La réinsertion vise donc l'acquisition et le renforcement de la capacité d'un individu à établir et à obéir à ses propres lois de

² CINGOLANI P., (2005), p. 29

³ Ibid.

⁴ BOIVIN M-D., DE MONTIGNY M-J., (2002), p. 11

⁵ GOFFMAN E., (1968), p. 179-180

manière libre et indépendante, tout en intégrant la sphère environnementale et relationnelle qui le contient.

La réinsertion est un processus épineux qui peut s'avérer long et douloureux pour la personne qui l'entreprend. « C'est un premier pas dans l'acquisition d'une place reconnue dans la société. »⁶. C'est une période de transition où l'individu se prépare progressivement à reprendre contact avec la société et à y retrouver sa place. Cette transition vers la réalité sociale doit être progressive et accompagnée par les travailleurs sociaux car la personne n'a souvent plus accès aux codes nécessaires à son inclusion. Dans le développement de l'enfant, D.W WINNICOTT nomme cette aire de transition, « l'espace transitionnel »⁷. Il est intéressant de faire le parallèle entre ce concept qui est l'espace-temps situant l'enfant entre sa réalité interne et la réalité externe. Un individu en processus de réinsertion sociale doit donc non seulement pouvoir accéder au lien social mais aussi à un travail interne, qui pourrait alors se caractériser par une dimension psychocorporelle. C'est donc dans ce contexte précis que la psychomotricité pourrait s'inscrire, au travers d'une (re)découverte du sentiment de soi pour pouvoir être dans un lien à l'Autre. Par mon stage expérimental c'est ce que j'ai tenté, avec mon binôme, de développer. Il me semble alors indispensable de questionner la place du corps dans le processus de réinsertion sociale, à partir de l'observation des dynamiques psychocorporelles des résidents du centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation.

Dans cette structure, nombreuses sont les activités artistiques proposées (danse, théâtre, peinture, arts plastiques, etc.). Ces espaces permettent aux résidents un accès à des temps d'expression et de relation en dehors de leurs réalités de précarité. Malheureusement, ils sont bien souvent peu accompagnés ce qui entraîne régulièrement de faibles taux de

⁶ BOIVIN M-D., DE MONTIGNY M-J., (2002), p. 11

⁷ WINNICOTT D-W., (1986).

participation. Nous avons également pu observer ce fait dans les ateliers que nous avons mis en place avec notamment des difficultés de continuité ou une unique participation de certains résidents.

Dans un mécanisme de survie et d'urgence, le corps est instrumentalisé de manière à pouvoir réaliser les actions nécessaires aux besoins primaires de l'individu (alimentation, logement, ...). Certains résidents semblent persister dans ces mécanismes malgré une solution d'hébergement temporaire qui devrait théoriquement leur permettre d'accéder à une « stabilisation ». La stabilisation, du latin *stabilis*⁸ qui renvoie à la solidité, à la consistance et à la constance, est l'action de rendre quelque chose stable c'est-à-dire de permettre l'acquisition d'un équilibre durable et permanent. Cette notion renvoie également à la station debout⁹ et donc à la verticalisation qui me paraît intéressante d'évoquer dans le sens où elle participe à l'individuation du sujet et à la relation qu'il entretient avec le monde : « En effet, le bébé se verticalisant prend place dans la société et son agir dans la société sera fonction du mode d'organisation de son axe, de sa verticalité, de l'image de l'Homme qu'il donne »¹⁰. A partir de la durabilité de cette verticalisation, le sujet peut déterminer des directions à prendre, il peut se sentir maître de son existence.

3. Modalités d'intervention

Durant près de cinq mois, Jeanne et moi-même nous entretenons plusieurs fois avec le chef de service et l'équipe pour leur présenter notre projet de psychomotricité. Pour cela,

⁸ GAFFIOT F., (1934), p. 1472

⁹ Ibid.

¹⁰ COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., (2004), p. 32

nous fournissons un projet écrit conséquent qui convainc suffisamment l'institution, persuadée des enjeux psychocorporels présents chez les résidents.

Lors de ce stage expérimental nous sommes libres de nous organiser comme nous le souhaitons : nous choisissons d'être présentes une journée entière par semaine, le Jeudi, de 9h à 16h. Cependant, aucun espace ne nous est clairement réservé, nous devons nous adapter spatialement en permanence. Pour être au plus près des résidents, nous déjeunons chaque Jeudi avec eux dans le réfectoire contrairement au reste de l'équipe. Cela nous permet de garder le lien avec les personnes rencontrées, de faire connaissance avec d'autres mais aussi de rappeler l'activité « Yoga et Respiration » de l'après-midi.

Nous faisons le choix de commencer notre stage par une période d'observation. Cette observation active fut une période enrichissante et indispensable à la compréhension du rythme institutionnel, de celui des résidents et de leurs éventuels besoins. A travers notre participation aux multiples activités nous faisons progressivement la connaissance d'un petit nombre de résidents avec qui nous commençons à tisser une relation. Nous choisissons de nous inscrire dans le paysage de la structure, de solliciter le lien et l'échange avec les résidents. Nous espérons ainsi favoriser l'émergence d'éventuelles demandes et créer une potentielle alliance pour qu'ils puissent s'autoriser à découvrir les pratiques psychomotrices que nous proposerons. Ces propositions d'ateliers ont pour objectif de sensibiliser les résidents à leurs dynamiques corporelles et aux problématiques qui y sont liées. Il s'agit également de sensibiliser l'équipe sociale aux enjeux psychocorporels de la précarité et de la réinsertion sociale.

Ce stage expérimental s'inscrit dans un cadre préventif qui s'appuie selon moi sur la définition de la prévention comme l'« action d'arriver le premier ». N'étant pas dans une structure de soin, sans prescription médicale, les résidents sont totalement volontaires et

choisissent par eux-mêmes de participer ou non aux activités proposées. En cela nous avons fait l'hypothèse, Jeanne et moi-même, qu'une alliance relationnelle permettrait aux résidents de s'autoriser à participer aux ateliers. Ainsi, il s'agit de motiver la demande et de la nourrir par la relation créée (nous reviendrons sur ce point dans la dernière partie). Après cette première approche, le résident choisit seul de poursuivre ou non, d'investir ou pas les propositions en psychomotricité. Selon moi, il est indispensable de garder ce fait en mémoire.

3.1 La construction d'un bilan d'observation

A la suite de réflexions, nous avons fait le choix d'un bilan d'observation (Cf. Annexes 1, 2, 3 et 4) que nous avons co-construit selon les différents items psychomoteurs (motricité, tonus, langage, espace-temps, représentation affective de soi) auxquels nous avons ajouté les composantes relationnelles, la capacité d'adaptation au changement, le rapport au sensoriel, la qualité des enveloppes corporelles et leurs diverses expressions (vêtements, tatouages, ...). Au fil de nos rencontres nous avons progressivement complété cette grille, principalement lors du premier temps de notre stage. Elle nous a permis de garder une trace de nos observations, de relever les centres d'intérêts et de retracer l'anamnèse de chaque personne rencontrée tout en permettant de percevoir les dynamiques psychocorporelles globales en jeu chez chaque résident. Ce bilan m'a personnellement permis de me recentrer sur les observations psychomotrices lorsque parfois je me sentais noyée par la multitude d'éléments à prendre en compte.

Pendant ce temps d'observation, nous avons pensé les « ateliers psychomot' » que nous pourrions mettre en place. Ces ateliers sont détaillés à la suite de ce propos.

3.2 La permanence « Un temps pour soi »

Rapidement nous remarquons l'absence d'activité le matin. De nombreux résidents restent dans leurs chambres. Pour cela, nous décidons de proposer un temps de détente matinal autour de différentes stimulations sensorielles que nous appelons « Un temps pour soi », tous les Jeudi de 10h à 12h.

Ayant le privilège du choix des salles le matin, nous nous portons dans un premier temps sur l'auditorium où les murs sombres permettent d'accentuer les lumières projetées, puis dans un second temps sur l'espace à côté de la verrière. Le choix de ce-dernier lieu fut la résultante d'une réflexion qui nous a amené à penser un espace plus ouvert sur l'extérieur, moins angoissant pour certains résidents. Cette salle semi-ouverte (séparée de la verrière par deux baies vitrées, s'étendant sur un tiers de sa longueur) se trouve près du réfectoire et des bureaux de l'équipe. Nous constatons que les résidents s'y sentent mieux et viennent en plus grand nombre. Il est plus ouvert aux curieux de la matinée.

Toutes les semaines, nous l'aménageons avec des canapés et fauteuils, des tapis au sol, des tissus au plafond pour tamiser la lumière et quelques plantes. Nous essayons de rendre cet espace chaleureux et accueillant tout en aménageant des espaces d'intimité (Cf. Annexe 5, 6 et 7). Nous imaginons cet atelier et nous le préparons avec soin en nous inspirant du dispositif Snoezelen en créant un espace libre d'explorations et de rencontres autour de médiateurs divers de stimulation sensorielle :

- Audition (fond musical d'influences culturelles différentes, bruits de nature)
- Vision (projection de différents paysages comme une forêt ou une plage, lumière tamisée)
- Toucher (matériaux divers comme des tissus doux ou des balles à picots, objets vibrants, huiles végétales)
- Olfaction (diffusion d'huiles essentielles, boîtes à odeurs)
- Goût (thés chauds, tisanes, cafés de différentes saveurs)

Nous installons également une grande table où nous proposons des crayons de couleurs et des coloriage, plus précisément des mandalas (Cf. Annexe 8) qui sont des diagrammes circulaires composés de divers éléments abstraits, géométriques et numériques. Selon S. CROSSMAN et J.P. BAROU, « Le mandala [...] exprime et accomplit [...] le recentrement de l'énergie psychique sur le Soi. »¹¹.

Ces expériences proposées ont pour objectif de stimuler la sensorialité des résidents et de favoriser un recentrage sur soi en étant dans l'ici et le maintenant. Il s'agit d'accompagner le résident dans cette démarche de conscience corporelle et de proposer un étayage autour des vécus corporels. Le résident est placé à une position d'acteur (choix de la musique, choix de l'expérience sensorielle, ...), position que ne lui propose pas toujours le fonctionnement institutionnel. Enfin, des supports d'expression libre (feuilles, mandalas) sont laissés à disposition des résidents dans l'idée de pouvoir symboliser leurs vécus, leurs sensations, leurs émotions.

La mise en place de cette permanence nous permet d'affiner nos observations psychomotrices. Au bout de quelques semaines, il nous paraît nécessaire de proposer autre chose aux résidents, quelque chose plus dynamique, inscrit dans le mouvement et les

¹¹ CROSSMAN S., BAROU J.-P., (2000), p. 76

postures. C'est par ce cheminement que nous arrivons à proposer un atelier «Yoga et Respiration», dès le mois de Février.

3.3 Atelier «Yoga et Respiration»

L'atelier «Yoga et Respiration» est, comme son nom l'indique, inspiré de la pratique du yoga à laquelle nous nous adonnons régulièrement toutes deux. Tous les Jeudis de 13h30 à 14h30, il est proposé dans la salle polyvalente, grande salle lumineuse au rez-de-chaussée. Son inconvénient majeur réside dans sa localisation en bout de couloir isolée du passage quotidien qui pourrait inciter les résidents à venir ce qui se trouve aussi être un avantage car elle permet une contenance spatiale du groupe.

La médiation yoga est davantage un prétexte pour proposer un travail autour de la respiration, de la conscience des appuis et de la posture, de l'équilibre et de la régulation tonique (à visée de détente). Cet atelier est pensé dans une dynamique groupale où chacun est reconnu par le groupe, où chacun peut partager ce temps avec les autres membres du groupe et partager ses ressentis.

Pour cela nous introduisons un rituel de début et de fin symbolisé par un bol tibétain que chacun fait sonner en donnant son nom et/ou prénom au groupe ainsi que, s'il le souhaite, son état psychocorporel et émotionnel du jour. L'atelier s'organise par un deuxième temps d'éveil corporel par des automassages puis par quelques postures de yoga et des exercices de respiration. Pour terminer l'atelier, nous proposons une verbalisation des ressentis corporels autour d'une silhouette à compléter avec des couleurs, des mots, des formes. Cette silhouette est pensée comme un support permettant l'étayage des ressentis, en particulier lorsque la barrière de la langue entre en jeu par exemple.

Pour ces deux ateliers, nous avons essayé de communiquer directement avec les résidents mais aussi avec l'ensemble de l'équipe sur laquelle nous comptons sérieusement pour assurer un lien permanent entre les résidents, le système institutionnel et la psychomotricité.

3.4 Communication avec les résidents et avec l'équipe

Rapidement nous constatons chez les résidents de manière générale, des difficultés de repérage spatio-temporel qui les empêchent souvent de participer aux activités socio-culturelles et aux ateliers psychomoteurs que nous avons installés. De la même manière, cela entraîne une multitude de rendez-vous administratifs manqués dont l'équipe ne semble pas percevoir réellement les causes. Ces difficultés de repérages semblent s'inscrire au sein d'une problématique plus large d'un manque de permanence et de continuité. Aux vues de cette problématique, centrale selon moi, nous organisons alors ces espaces de médiations dans le but de solliciter un investissement de l'objet proposé quel qu'il soit, à partir des composantes relatées précédemment (médiations) et à partir de la relation que nous avons instaurée avec les résidents. Il s'agit alors de constituer une permanence d'espace et de temps en définissant précisément les lieux des deux ateliers, en aménageant les espaces approximativement de la même manière d'une semaine à l'autre et en proposant ces ateliers à des heures définies chaque semaine. Nous mettons en place des repères visuels à but de rappels mnésiques par la création de grandes affiches sur les panneaux d'affichage des espaces communs et par la création de flyers où les informations nécessaires y sont inscrites. De plus, nos présences respectives constituent un repérage spatial et temporel qui amène souvent les résidents à nous dire en nous voyant « Ah oui, on est déjà Jeudi ! ». Lors d'éventuelles absences de l'une d'entre nous ou lors de

l'annulation de l'atelier, nous essayons de symboliser ces absences par une verbalisation et, quand nous le pouvons, une inscription sur les espaces d'affichages. Sur ce point, une partie de l'équipe est un soutien et tente de faire du lien entre nous et les résidents.

Dans cette structure de réinsertion sociale, le corps est un corps diminué, désinvesti, déchu, voire toxicisé par les prises de produits divers. Il peut parfois faire horreur et engendrer une mise à distance relationnelle mais aussi une mise à distance de l'individu avec lui-même. Les corps des résidents ne sont pas mélangés avec le « corps » de l'équipe sociale, les corps des résidents entre eux ne se mélangent pas ou peu. Le corps est instrumentalisé, il est un véhicule nécessaire pour effectuer les démarches administratives mais dont on ne prend pas nécessairement soin. Par l'intermédiaire de la psychomotricité, nous tentons de trouver une place à ce corps dans une institution qui ne relève pas du soin. Pour renouer le lien entre ces différents « corps », nous proposons chaque semaine à l'équipe un retour écrit sur les ateliers. L'objectif est de présenter un regard autre sur les résidents qui bien souvent, se montrent différents dans l'accompagnement psychocorporel que nous proposons. Il reste cependant ardu d'aller à l'encontre de cette négligence du corps, de cette régression parfois exclusive aux besoins primaires qui amène le sujet à désinvestir la représentation qu'il se fait de lui-même. Pourtant, au regard de mes observations psychomotrices, il me paraît indispensable d'essayer de renouer avec ce corps dans la dimension renforçatrice du Moi qu'il permet pour aller vers l'autonomisation de l'individu.

Comment, dans une structure de réinsertion sociale, la psychomotricité peut-elle tenter de redonner au corps une place plus investie et reconnue ? Comment un travail de conscience corporelle peut-il renforcer le sentiment continu d'exister indispensable pour pouvoir être au monde ?

Partie 2 : Observations cliniques

1. Monsieur G, 63 ans

1.1 Première rencontre (Jeudi 8 Novembre 2018)

Ce jour-là, nous sommes conviées à accompagner le groupe lors d'une sortie culturelle à la philharmonie de Paris. Les résidents souhaitant y participer doivent s'inscrire sur une feuille prévue à cet effet afin d'attester de leur présence. Le groupe est constitué d'une petite dizaine de personnes du centre d'hébergement. C'est l'occasion pour Jeanne et moi de faire de nouvelles rencontres. L'équipe accompagnante se compose d'un éducateur d'une structure voisine, d'une jeune femme effectuant son service civique, de Jeanne et moi-même.

Le groupe se forme devant l'immeuble et attend les derniers résidents. Le dernier arrivé est Monsieur G. Il est arrivé au centre il y a tout juste une semaine. Il est très alcoolisé, titube, parle fort. Physiquement, il a tout du stéréotype du sans-abri. Il porte un chapeau, plusieurs couches de vêtements dont un manteau très épais, un jean abimé ainsi qu'un sac contenant plusieurs bières. Son visage est abimé, sa peau est tannée et on peut deviner par les quelques centimètres de peau nue visible, quelques tatouages colorés. Il a passé vingt-sept ans dans la rue qui l'ont abimé, il en est conscient. Ce logement est pour lui un nouveau départ qui lui permettrait d'évoluer. Il affirme cependant qu'il ne changera jamais et qu'il restera tel qu'il est. Il se montre très motivé par cette sortie car cela fait très longtemps qu'il n'a pas participé à un évènement culturel. Il prend part aux échanges du groupe quand il le peut mais reste en retrait à cause de ses difficultés à la marche. Il me confie de nombreuses fractures à la jambe droite, fractures pour lesquelles il a eu plusieurs appareillages mais qui ne concordaient pas avec son mode de vie de rue. Dans ses déplacements, il penche du

côté gauche afin de limiter l'appui de la jambe droite. Il est très douloureux mais exprime le sentiment de ne pas avoir le choix et force sur sa jambe souffrante pour pouvoir marcher très vite et rejoindre le groupe.

Lorsque nous arrivons devant le bâtiment de la philharmonie, il a déjà bu quelques bières sur le trajet et imagine qu'il va pouvoir en faire de même pendant l'exposition. Nous lui expliquons qu'il ne va pas pouvoir garder ses bières sans quoi la sécurité les lui prendra. Il faudrait qu'il les cache quelque part pour pouvoir les retrouver à la sortie de l'exposition. Monsieur G proteste et nous restons plusieurs minutes à essayer de le convaincre. C'est finalement un autre résident qui, connaissant Monsieur G, se permet de lui prendre ses bières de force pour aller les cacher derrière un arbre. Il ne semble pas comprendre la situation, il ne veut pas qu'on lui retire sa consommation.

L'exposition est incroyable. C'est une explosion du sens visuel, par la présence de nombreuses projections grand-écran et du sens auditif par les nombreuses chansons et musiques que l'on peut entendre dans un casque ou dans l'espace de l'exposition. Cela fait dix ans que Monsieur G n'est pas allé au cinéma et il semble éprouver du plaisir à redécouvrir ce loisir. Au fil de l'exposition son attention diminue, il a besoin d'aller consommer de l'alcool pour « comprendre » (terme employé par Monsieur G). Progressivement Monsieur G montre une agitation motrice en plus d'un effondrement de l'axe (il penche de plus en plus à droite et vers l'arrière, de manière impressionnante), il hausse le volume sonore de sa voix et montre un début d'agressivité envers le groupe pour témoigner de son envie de partir. Finalement, le même résident qui avait caché les bières, se propose pour le raccompagner au centre sans quoi il risquerait de ne pas retrouver le chemin. En partant je lui serre la main pour signifier son départ, main à laquelle il s'accroche de manière importante.

Ce jour-là, nous ne savons pas si nous devons intervenir. L'éducateur n'est pas d'un grand secours et la jeune femme du service civique est démunie et déçue de la tournure de la sortie. Je dois avouer que nous éprouvons toutes les trois un soulagement face au dévouement bienveillant du résident qui connaît Monsieur G. Sur les dernières minutes de la sortie, ce-dernier paraît dénoter dans ce décor par son alcoolisation massive et son agressivité naissante. Il est néanmoins arrivé à rester avec le groupe dans le cadre de cette exposition, l'équivalent d'une demi-heure ce qui est pour moi significatif de sa volonté de se réinsérer socialement. Après avoir passé vingt-sept ans dans la rue, Monsieur G bouscule ses repères de manière brutale : changement de mode de vie avec l'acquisition d'une chambre, changement de son lieu d'habitation avec la découverte d'un arrondissement qu'il ne connaît pas et participation à des activités culturelles qu'il redécouvre.

1.2 Jeudi 15 Novembre 2018

Je rencontre Monsieur G la semaine suivante. Il est rayonnant : rasé de près, habillé de son chapeau et d'une chemise, il se tient droit et articule davantage. Je me permets de le lui faire remarquer ce qui paraît lui faire plaisir « Un éduc m'appelle l'américain avec mon borsalino ». Nous prenons un temps pour échanger sur son entrée dans l'établissement. Il s'intègre relativement bien en participant aux activités proposées et entretient une bonne relation avec son colocataire de chambre. Nous lui proposons de venir expérimenter l'atelier « Un temps pour soi » que nous venons de mettre en place. Il réagit lorsque nous lui parlons des mandalas qu'il projette, une fois coloriés, d'accrocher sur les murs de sa chambre pour la décorer. Nous convenons avec lui d'aller lui signaler le temps de l'atelier tous les Jeudi, en allant frapper à sa porte.

1.3 Jeudi 29 Novembre 2018

Comme convenu, nous allons chercher Monsieur G dans sa chambre pour l'inviter à la permanence. Il ne se souvient pas de notre accord passé, ni de nos visages. Il manifeste un réveil difficile avec de fortes douleurs à la hanche droite malgré une prise de médicaments. Ces douleurs l'empêchent d'avoir un sommeil réparateur. Dans un premier temps, il se saisit d'un mandala qu'il commence à colorier. Il s'installe autour de la table où Jeanne et moi-même sommes assises, tout en gardant ses différentes couches de vêtements (un jogging sous un jean et deux vestes). Sa position assise est asymétrique, il penche fortement à droite, nous le lui faisons remarquer. Monsieur G semble davantage en posture d'enroulement avec une prédominance de la chaîne antéro-médiane et une hypotonie relative au niveau de son axe qui me donne l'impression qu'il est en train de « dégouliner » sur sa chaise. Ses membres supérieurs semblent hypertoniques, son geste graphique en témoigne.

Il est saisi d'un sursaut de douleur qui lui fait arrêter son activité. Nous lui proposons d'expérimenter les sensations de vibrations par un mini masseur électrique. La sensation de vibration le soulage, sa posture coule encore. A travers les vibrations il dit pouvoir ressentir la broche qu'il a au niveau de la hanche. Nous lui proposons alors d'autres supports de stimulations tactiles (balle à picot, percussions osseuses légères, automassages) afin de soulager sa douleur mais aussi afin d'éveiller sa conscience corporelle. Cela nous permet d'observer son niveau de perception du corps et sa sensibilité proprioceptive. Sa douleur est très localisée sur l'articulation coxo-fémorale droite et Monsieur G semble focaliser toute son attention à cette partie du corps. De ce fait sa conscience corporelle paraît très centrée voire totalement limitée. Il étaye sa sensation douloureuse par un discours violent et imagé qui vient effracter le corps : « La douleur est

comme un marteau piqueur qui rentre dans ma hanche ». « J'ai envie de me couper la jambe ». Au quotidien, marcher pieds nus sur le sol froid le soulage.

Monsieur G reste jusqu'à la fin de l'atelier. Il dit vouloir revenir la semaine prochaine. « J'aime bien venir ici, ça m'empêche de boire ». Il confond régulièrement les jours de la semaine et présente des difficultés de repérages temporels. C'est pourquoi nous instaurons le rituel d'aller le chercher dans sa chambre.

Monsieur G semble avoir une conscience très limitée de son corps qui se centre sur ses zones douloureuses. Il ne semble pas non plus avoir conscience de sa posture ce qui peut le mettre en danger. Est-ce l'effet anesthésiant de l'alcool ? Ses nombreuses années de rue qui ont réduit sa capacité d'attention à son corps ? Nous avons également la sensation d'un manque de continuité entre chaque semaine, continuité qui devient selon moi un réel objectif à part entière. Travailler ce sentiment de continuité dans le corps et dans le lien à l'autre me paraît primordial pour renforcer le sentiment continu d'existence.

1.4 Entretien du 17 Janvier 2019 (individuel)

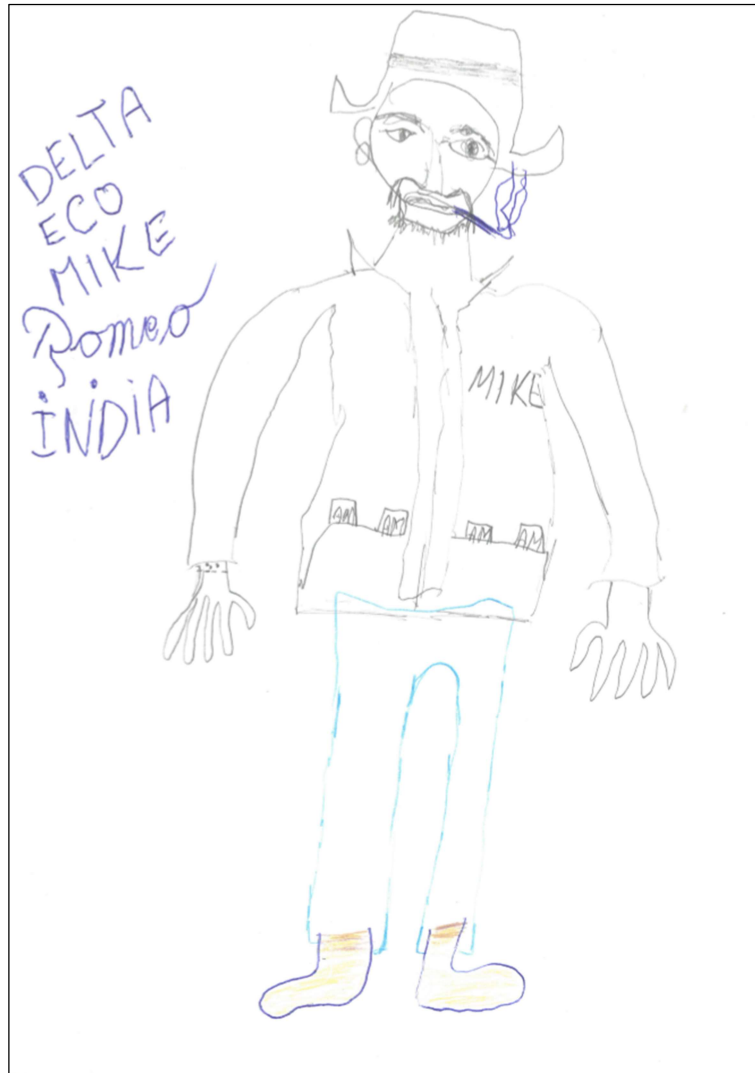
Ce matin Monsieur G semble être absent. Nous le croisons dans le centre d'hébergement en début d'après-midi. Nous lui signifions que cela fait longtemps que nous ne l'avons pas vu à la permanence le jeudi matin. Dans un premier temps il ne semble pas s'en souvenir mais après un temps de latence se rappelle les mandalas « Ah oui, le truc rond avec des motifs à colorier ! ». Jeanne lui propose un temps individuel sous forme d'un entretien qu'elle fixe à quinze heures sous la verrière. Nous choisissons de nous séparer pour cet entretien afin d'affiner nos observations du point de vue relationnel. Comment Monsieur G trouve-t-il sa

place dans une relation duelle? Jeanne mènera l'entretien et me rapportera ses observations. Elle lui propose de faire un dessin du bonhomme, il choisit de se dessiner lui.

Il commence par le pied droit, le gauche, puis le pantalon, la veste, le visage, la main gauche et enfin la main droite. Il ajoute la cigarette en dernier. Il dessine des bières dans les poches de son personnage : quatre bières d'un décilitre chacune d'une marque précise qu'il affectionne. Deux dans chaque poche. Il parle alors de sa consommation d'alcool qui a diminuée depuis qu'il est arrivé au centre. « J'ai commencé à consommer tard, à 27 ans, à la mort de ma mère ». Il n'a plus de liens avec son père qui, après le divorce avec sa mère a refait sa vie. Cette séparation a été vécue comme un abandon pour Monsieur G. Depuis la perte de sa mère, il décrit sa consommation d'alcool comme dissolue, associée à de nombreux autres produits (cocaïne, crack, cannabis). Il a fait plusieurs tentatives pour arrêter l'alcool par des cures dont il ne précise ni les durées ni les lieux éventuels. Ces cures n'ont jamais vraiment tenu. Chez Monsieur G, les effets du manque sont caractérisés par des tremblements et des pertes d'équilibre importantes qui le font chuter violemment. Il a un traitement pour l'accompagner dans sa réduction d'alcool dont il semble dépendant sur le plan physique et psychologique : « Si je ne prends pas de Valium, je ne peux même pas rouler ma cigarette le matin ». Pourtant, il n'exprime jamais ces difficultés liées à la chute et/ou post-chute, malgré des conséquences parfois importantes. Récemment il a chuté sur la tête et s'est ouvert l'arcade sourcilière.

Au moment où il dessine sa boucle d'oreille, il indique à Jeanne qu'il ne l'a pas représentée du bon côté ce qui laisse penser qu'il a dessiné tout son personnage de la même manière, c'est-à-dire en latéralité inversée. Il représente également certains de ses tatouages d'allure artisanale (peut-être réalisés lors de ces passages en milieu carcéral), par des pointillés sur le contour de la main. Pour lui, ces tatouages symbolisent « la main du

voleur ». Monsieur G accorde une grande importance à la présence de signes distinctifs sur son dessin (tatouage, boucle d'oreille, cigarette) « Tout ça c'est moi ! ». Il signe son dessin par un surnom, un acronyme utilisé par ses amis.



Deux fois par semaine, Monsieur G retourne dans son ancien quartier, quartier dans lequel il a vécu ses années de rue pour y faire la manche avec ces mêmes amis. Il y est connu et reconnu par les habitants du quartier et par ses anciens compagnons de rue qui y vivent encore. Il ne manque jamais ces deux journées malgré ces difficultés de repérage temporel. Cette activité de manche semble être pour lui un repère, une stabilité en tout point (spatiale,

temporelle, relationnelle). Son corps devenu douloureux par les multiples fractures et l'âge avançant le gêne dans cette activité de manche. Il est heureux d'informer Jeanne qu'il a investi récemment dans une chaise pliante afin que ces moments soient moins douloureux corporellement pour lui. C'est un progrès significatif qui témoigne d'une évolution certaine de sa perception du corps qui lui permet de mettre en place des stratégies compensatoires.

En observant son dessin du bonhomme, je suis surprise de constater qu'il est d'un bon niveau: tant au niveau de du schéma corporel que de la représentation affective de son corps. Les proportions sont globalement bien respectées, les éléments propres à son identité sont représentés. Cependant il dessine les différentes parties du corps de manière presque décousue, en partant des pieds jusqu'à la tête pour finir avec les mains ce qui me donne l'impression d'une discontinuité qui peut-être est à mettre en lien avec mes observations de conscience corporelle limitée. Les jambes semblent se distinguent du reste du corps par une couleur bleue et l'absence de détails représentés. Cela traduit-il un manque d'investissement corporel du bas du corps? A contrario, le haut est très détaillé comme j'ai pu le décrire précédemment et d'une couleur unique. Les pieds sont représentés par les baskets jaunes qu'il porte à chaque fois que nous le voyons. Ces chaussures font également partie de ce qu'il affirme comme son identité.

1.5 Jeudi 24 Janvier 2019

Dernièrement, Monsieur G n'a pu venir aux permanences le matin. La semaine précédent ce jour-ci nous avons pu prendre un temps pour discuter où il évoquait s'être levé trop tard. Nous allons donc le prévenir de la présence de l'atelier. Cette fois-ci il se souvient de Jeanne et de moi-même. Le flyer de la permanence est posé sur sa table de nuit mais il

semble ne pas avoir intériorisé ni notre présence tous les Jeudi ni l'existence de l'atelier. Néanmoins, il paraît enthousiaste de pouvoir y participer et nous rejoint aussitôt. Nous remarquons rapidement sa blessure qui est en train de devenir une plaie. Il n'en prend pas spécialement soin et laisse la guérison se faire seule ce qui lui laisse un début de cicatrice importante. Je remarque une amélioration relative dans ses déplacements, sa marche est plus fluide et moins bancal. Cependant ses appuis au sol semblent davantage fixés sur la partie arrière de ses pieds, au niveau de ses talons. Ce manque d'ancrage donne une impression de bascule en arrière, probablement en lien avec ses difficultés d'équilibre et ses chutes fréquentes. Il verbalise une diminution des douleurs, les médicaments le soulagent suffisamment. Il enlève son manteau. Il s'est habillé d'un pantalon de ski, pantalon qu'il garde à l'intérieur du centre malgré la chaleur ambiante. Jeanne lui fait remarquer que peut-être il peut éprouver une sensation de chaleur importante. Il ne semble pas y être sensible et reste sur la perception qu'il a de la rue et le vécu associé : « Oui, mais il caille dehors ».

Il continue le mandala commencé dès la première permanence. Une fois de plus il a oublié ses lunettes et ne s'en rend compte qu'une fois devant sa feuille. Lors de ce temps d'atelier, il entre facilement en relation avec les autres résidents et semble chercher ce contact. Le contact est dans un premier temps avec nous, puis, s'étend au reste du groupe.

Ce jour-là nous projetons un paysage d'une plage où les vagues déferlent doucement sur le sable. A la vue de la mer, il évoque son passé et la permanence est rythmée par les bouts de sa vie qu'il nous raconte : ses nombreux passages en prison, ses relations familiales notamment sa relation avec sa mère dont il semble très attaché, les pays qu'il a visités. Il ne se projette jamais ou rarement dans le futur et il parle très peu du présent. Je propose un support musical qu'il apprécie, le reggae en l'occurrence, ce qui lui apporte une certaine détente observable dans sa posture.

Pour les prochaines fois, je pense qu'il serait intéressant de proposer à Monsieur G un travail autour de la posture et de la conscience corporelle en groupe ce qui apporterait une dimension sociale et relationnelle qu'il affectionne, de manière adaptée à ses douleurs évidemment. Pourquoi ne pas l'inviter à l'atelier « Yoga et Respiration » ?

1.6 Jeudi 7 Février 2019

Etant en discussion avec une résidente, Jeanne va chercher Monsieur G pour le signaler le temps de la permanence qui lui ouvre la porte de sa chambre. Elle est saisie par la forte odeur qui s'en dégage : un mélange de tabac, d'alcool et de transpiration. Elle est invitée à entrer. Monsieur G a changé de colocataire. Ce-dernier semble également soumis à une consommation importante et régulière d'alcool. Les deux hommes sont installés face à face chacun sur son lit, une bouteille de rhum à leurs pieds, une canette de bière sur la commode, un cendrier et des cendres répandues. Monsieur G connaît parfaitement les raisons pour lesquelles Jeanne vient frapper à la porte de sa chambre, cette fois-ci il se souvient de l'atelier et de ce dont il s'agit. Il propose à son colocataire de participer à l'atelier. Jeanne sort de la chambre pour rejoindre le lieu de la permanence. Quarante-cinq minutes plus tard Monsieur G arrive dans un état d'ébriété. Il ne fait pas de mandalas, il en est incapable. Il est prolix, très agité et maladroit. Il ne veut pas s'installer dans le fauteuil car il craint de ne pas être capable de se relever. Sur la chaise il s'effondre, avachi contre la table. Ses appuis coxaux glissent sur l'assise. Il semble effondré et dans un même temps complètement rigide. « Je n'ai bu qu'une bière ce matin ». Il ne semble pas conscient ou peut-être ne veut pas reconnaître la quantité réelle du produit ingéré. Il reste cependant en relation avec les autres résidents.

C'est la première fois que je rencontre Monsieur G en état d'ébriété telle depuis les évènements de la philharmonie¹². Malgré son alcoolisation massive, je le trouve capable de sentir et d'anticiper verbalement ses difficultés posturales. Avec du recul, nous aurions dû refuser sa participation à l'atelier dans ces conditions. Cela a-t-il eu un sens quelconque ? Je n'en suis pas certaine. Cette question précise de l'alcoolisation n'avait pas été définie par Jeanne et moi-même ce qui explique selon moi le caractère indécis de l'atelier ce jour-là.

1.7 Jeudi 21 Mars 2019

Après plusieurs semaines d'absence, nous revoyons Monsieur G à l'atelier « Un temps pour soi ». Il est souriant. Il a de nouvelles lunettes qui lui donnent une certaine prestance et un air sérieux. Il me signifie même que certains de ses amis ne l'ont pas reconnu. Il a fait lui-même les démarches nécessaires car il n'a actuellement plus de référent social (la précédente a démissionné). Pendant des années il a utilisé des lunettes non adaptées à sa vue.

Monsieur G se plaint de migraines du fait de cette correction oculaire nouvelle. Pour soulager ses douleurs, je lui propose un automassage des tempes avec de l'huile essentielle de menthe poivrée avec l'idée de proposer un vécu sensoriel particulier (sensation de fraîcheur, légers picotements). Je le questionne sur ses ressentis dont il ne peut pas dire grand-chose mise à part l'aspect agréable et apaisant. Je retrouve ce manque d'étayage des sensations lorsque nous abordons le sujet de sa consommation. Pendant près de dix années il s'enivrait d'un cocktail fait de rhum, de sucre et de lait malgré les mises en garde de sa compagne de l'époque. Je le sollicite pour qu'il me parle de ce vécu corporel

¹² Voir page 23

particulier. Monsieur G peut seulement me dire, en me montrant ses oreilles, que « ça tapait là ! Ça chauffait. C'était terrible. » Il me dit qu'il en buvait quatre litres par jour. Pour des raisons économiques, il a changé sa consommation de rhum pour s'orienter sur le rosé (dix à quinze par jour). Enfin, sur conseil de son médecin, il a choisi de boire exclusivement de la bière sauf dans des situations exceptionnelles où « il craque » pour le rosé. Cet alcool semble emprunt d'un lien affectif particulier.

Monsieur G parle de nouveau de sa jambe droite comme d'un objet qui l'encombre et dont il aimerait se débarrasser. Elle est plus courte ce qui le déséquilibre beaucoup. Son médecin lui a prescrit un nouveau traitement, cette fois-ci plus fort que le précédent (à base de morphine). Je profite de cette occasion pour parler de la broche qu'il a dans cette jambe. A la suite d'une chute du troisième étage, il s'est cassé l'humérus gauche et le fémur droit. Il est tombé dans le coma. A son réveil, les chirurgiens lui avaient placé deux broches dans les deux os concernés. Plus jeune, il a escaladé les gouttières des immeubles, les arbres, les poteaux. « J'étais un vrai casse-cou ». Il apprécie l'escalade sans harnais de sécurité, ainsi que les sauts à l'élastique. A l'armée, il a préféré les sauts en parachute au reste des tâches incombées au service militaire. De manière générale, il affectionne les sensations fortes dont il ne peut verbaliser précisément les effets corporels que ces expériences lui procurent. Lorsqu'il me parle de ces conduites risquées, ses yeux brillent et son ton de voix est jovial. Je perçois une certaine excitation. Toutes ces expériences l'ont amené à faire de nombreuses chutes, certaines plus importantes que d'autres (ce qui semble expliquer les cicatrices sur son corps).

Je propose à Monsieur G de regarder le mandala qu'il colorie depuis maintenant sa première participation à l'atelier. Il voit beaucoup plus clair et constate qu'il n'a pas beaucoup colorié. Sans lunettes, les formes du coloriage lui paraissent floues et les

couleurs moins vives ce qui peut expliquer les nombreuses zones de blanc présentes. Ce jour-là, il ne se sent pas de le continuer du fait de son changement de lunettes.

Après la permanence, il me précise qu'il participe à un atelier cuisine organisé par quelques éducateurs du centre. Il apprécie tout particulièrement la cuisine épicée qui lui rappelle sa vie en Outre-mer. Lorsque les plats ne sont pas épicés, il les trouve fades et préfère ne pas manger du tout. Il a perdu huit kilos depuis son arrivée au centre.

Pour la première fois depuis le début de l'année, une discussion autour des consommations de Monsieur G et de leurs aspects perceptifs a pu se tenir pendant l'atelier. Peut-être a-t-elle été favorisée par l'aspect sensoriel de l'huile essentielle qui a rapidement centré le sujet de discussion ? Je remarque que cette dimension sensorielle, pourtant recherchée par Monsieur G, est peu étayée verbalement.

Certains de ses propos, comme par exemple les quantités d'alcool pléthoriques ingérées ou certains éléments de sa vie, me paraissent parfois étranges. Je me suis souvent demandé s'il me racontait la vérité, s'il en était conscient ou s'il voulait juste s'en persuader.

1.8 Jeudi 28 Mars 2019

Ce Jeudi est un jour spécial. Nous organisons une journée « bien-être » avec la socio-esthéticienne qui intervient ponctuellement au CHUS. Nous installons un espace différent de celui de l'atelier « Un temps pour soi » pour proposer aux résidents un soin complet du visage (création du soin, automassage, massage).

Monsieur G adore les massages. Il dit en avoir régulièrement reçu dans sa vie : même à la rue, il s'octroyait de temps en temps un rendez-vous dans des instituts de beauté pour

prendre soin de lui. Je lui propose un jus d'hibiscus pour continuer l'exploration sensorielle que nous avons débutée la semaine dernière. De la même façon, il a des difficultés d'élaboration mais réussit cependant, par comparaison à d'autres goûts qu'il connaît, à pointer la sensation provoquée : « Ça me fait penser à quelque chose comme de la goyave ou de la grenade ». Il apprécie ce goût mais y rajoute beaucoup de sucre. Comme à son habitude, Monsieur G est très bavard. Il me reparle de ses consommations et de sa vie passée comme s'il n'avait aucun souvenir de la semaine précédente. Il me confie avoir commencé l'alcool lorsqu'il a arrêté ses consommations de drogues (cocaïne, ecstasy et autres) pour remplacer ces produits. Ces multiples consommations lui servent à « oublier la prison, oublier ce qu'il s'est passé dans ma vie et tous les décès dans ma famille » et à « garder le moral ».

Encore une fois ses propos me surprennent par leur décalage avec ma représentation de la grande précarité. Mes doutes se confirment quant à d'éventuels troubles mnésiques probablement en lien avec ses consommations. A ce moment, je projette de partager mes impressions avec sa référente sociale afin de savoir si un bilan neurologique a été réalisé.

Monsieur G demande ensuite un soin du visage à la socio-esthéticienne. Elle lui installe brusquement un miroir face à lui. Son regard est vide, figé, comme étranger au reflet qui est là face à lui. Je ne saurais qualifier sa réaction qui me semble teintée d'étrangeté. Il ne parle pas et ne répond pas à nos sollicitations. Nous lui laissons ce temps singulier face à lui-même.

Jeanne et moi-même nous proposons pour appliquer le soin sur le visage des résidents qui le souhaitent. Cette proposition me permet d'observer comment Monsieur G se situe par

rapport au toucher et comment il investit ce temps de détente. J'applique le soin aux senteurs de noix de coco sur le visage de Monsieur G qui ne manifeste aucune réaction tonique à mon contact. Il est assis sur le bord de la chaise, le dos contre le dossier. Il « coule » au fur et à mesure du massage ce qui traduit une certaine hypotonie, une certaine détente. Il ferme rapidement les yeux et reste silencieux. Ses mains s'accrochent spontanément à la chaise et s'y accrochent de nouveau même lorsque je lui propose de laisser ses bras relâchés sur les côtés. Sa peau est rêche, abimée, tannée et impactée par deux grandes cicatrices sur les arcades sourcilières. Son crâne rasé me laisse entrevoir des cicatrices, des taches brunes et des croûtes. Il prend le temps de profiter de cet instant et souhaiterait que cela dure plus longtemps. Monsieur G exprime une légère fatigue après ce massage. Il est souriant et détendu.

Je dois avouer que sur le moment, je suis heurtée par la violence de ce miroir, consciente que Monsieur G ne s'est peut-être pas regardé comme cela depuis quelques temps. J'aurai voulu lui proposer un étayage plus important mais la dynamique de l'atelier ne me l'a pas permis. Je suis forcée de constater la difficulté à réaliser un atelier avec un autre professionnel lorsque les bases de réflexion ne sont pas les mêmes.

Cet atelier a été pour moi teinté d'émotion, émotion qui a débuté lorsque Monsieur G s'est regardé dans le miroir. Lors de ce toucher, il m'a semblé percevoir toute la fragilité de Monsieur G ce qui m'a beaucoup émue. Ce fut un véritable moment de partage.

1.9 Conclusions

De manière général, Monsieur G éprouve des difficultés à percevoir ses sensations corporelles qu'elles proviennent de l'extérieur ou qu'elles soient internes. Ses capacités de

perception semblent amoindries ce qui selon moi pourrait être en lien avec ses difficultés posturales. Les seules sensations dont il peut verbaliser les effets psychocorporels sont les sensations douloureuses auxquelles il paraît s'accrocher comme constituants à part entière de son identité. Monsieur G recherche en permanence diverses stimulations sensorielles fortes : alcoolisation massive, consommations de multiples drogues, goûts épicés, sensations fortes et nombreux tatouages sur la peau, couleurs vives. Ne serait-ce pas un moyen d'éprouver les limites de son corps si difficilement percevables ? En cherchant des stimulations violentes et brutales, Monsieur G ne tenterait-il pas d'éprouver son corps, d'éprouver ses enveloppes corporelles ? Il semblerait que cette recherche par des conduites à risque soit installée chez Monsieur G depuis toujours ce qui me questionne considérablement aux vues de son mode de vie précaire et de sa tendance addictive aux produits.

Au fil des semaines, j'observe une progression significative tant au niveau corporel qu'au niveau de l'intégration de Monsieur G au sein du CHUS. Il semble avoir totalement assimilé l'atelier «Un temps pour soi» qui se déroule toutes les semaines où il développe progressivement ses capacités de ressentis corporels. Il reste encore beaucoup à faire mais Monsieur G se construit de nouveaux repères corporels, spatiaux et temporels ce qui est pour moi remarquable aux vues de son parcours de vie. Depuis son arrivée il y a à peine quelques mois, Monsieur G est dans une progression lente mais continue à tous les niveaux (médical, social, relationnel).

2. Monsieur B., 72 ans

2.1 Première rencontre (Jeudi 11 Octobre 2018)

La première fois que je rencontre Monsieur B, il est assis près de l'entrée du CHUS, à proximité du bureau d'accueil. L'endroit, situé dans un renforcement, est sombre et exigü. Cet endroit permet d'observer les allers et venues des résidents et du personnel du centre. Il est ponctué de courants d'air au gré des portes d'entrée qui s'ouvrent et se ferment. Jeanne et moi-même allons nous présenter sous les conseils de l'équipe qui nous confie que ce Monsieur a des difficultés à marcher.

Physiquement, Monsieur B porte des vêtements sales et abimés, un bonnet troué. Il ne porte pas de manteau. Se dégage de lui une odeur très forte témoignant d'un manque d'hygiène et d'une consommation d'alcool. Assis sur une chaise, son axe ne semble pas tenir, il est enroulé, presque hypotonique. A contrario, ses bras sont figés le long de son corps et ses épaules sont hautes dans une hypertonie des membres supérieurs. Rapidement, il nous explique qu'il souffre d'arthrose. Cette maladie engendre une multitude de douleurs sur toutes les articulations de son corps qui l'empêchent de bouger. Il peut rester alors des journées entières, assis dans le hall sans le moindre déplacement. L'équipe l'incite fortement et parfois le contraint à aller marcher en utilisant une canne à la place du fauteuil roulant qu'il a à sa disposition. Pour Monsieur B, son corps douloureux est synonyme d'incapacités. Il compare sans cesse ses anciennes capacités avec celles qu'il pense posséder aujourd'hui. Cette perte de capacités semble le limiter physiquement mais surtout psychologiquement. Je sens que Monsieur B a besoin d'être porté et soutenu. Il se dévalorise beaucoup. Il présente un ralentissement psychomoteur important qui s'observe

tant dans sa démarche que dans ses compétences verbales (articulation difficile, débit lent manque du mot, phrases parfois désorganisées).

Dans un premier temps, nous lui proposons de se lever et de faire quelques pas dans le hall d'entrée pour pouvoir observer son déplacement. Il accepte malgré quelques réticences. Sa marche est relativement lente mais de bonne qualité. Ses appuis semblent stables. Monsieur B est prudent et ne se met pas en danger, ce qui, nous le lui faisons remarquer, est très positif. Il grimace de douleur et se rassoit. Après ces observations, nous lui proposons d'aller marcher un peu dans le quartier avec un résident qu'il apprécie. Il accepte à condition de prendre le fauteuil roulant. Il commence la ballade à pieds, va jusqu'au bout de la rue puis demande à s'asseoir de nouveau dans le fauteuil. Je perçois alors chez Monsieur B une certaine fierté de s'être dépassé ainsi.

Monsieur B est arrivé dans le centre d'hébergement il y a bientôt trois ans. A la différence des autres résidents que nous avons rencontrés, il ne se présente pas, il ne nous raconte pas son histoire de vie qui l'a conduit à ce moment précis de notre rencontre. Il nous parle brièvement de son pays d'origine, le Sénégal, pays que j'ai pu visiter et dont nous parlons alors pendant quelques instants. Monsieur B me raconte le Sénégal sans se raconter personnellement, ses propos sont factuels même s'ils sont relativement investis affectivement (notamment au niveau de la musique).

Au sein du CHUS, il change régulièrement de colocataire de chambre. Son rythme de vie et son comportement apathique ne correspondent pas à ceux des autres résidents qui, l'appréciant tout de même, n'arrivent pas à supporter le quotidien à ses côtés. Personne ne souhaite être le colocataire de Monsieur B. Sa chambre est toujours dans un désordre significatif avec des odeurs fortes qui ne semblent jamais disparaître. Il accumule en masse ses affaires personnelles de part et d'autre de son lit, en laissant tout de même l'espace

nécessaire pour qu'il puisse en sortir. Les éducateurs passent régulièrement dans sa chambre pour la ranger, deux à trois fois par semaine. La chambre reste toujours dans le même état.

Après cette première rencontre avec Monsieur B, j'ai l'impression que nous avons créé ensemble un début de relation constituant ainsi une base à consolider pour pouvoir lui proposer un accompagnement en psychomotricité. Durant ces instants échangés, j'ai parfois eu l'impression d'être une petite-fille qui écoute son grand-père raconter les histoires du pays. A ce moment précis, j'espère pouvoir le revoir afin de lui proposer d'autres temps de promenade et ainsi solliciter son engagement corporel qui est très limité au quotidien.

Nous revoyons Monsieur B régulièrement, toujours au même endroit assis sur sa chaise dans le hall. Il est toujours très content de nous revoir et se rappelle alors souvent à lui-même le jour de la semaine. Il se souvient de nos prénoms et verbalise nos absences lorsque l'une d'entre nous n'est pas présente. Malgré nos sollicitations, il reste dans ce coin du hall d'entrée dont il semble trouver des bénéfices relationnels. L'équipe sociale nous informe qu'il est très peu en mouvement dans la journée. Il se lève tard le matin, s'alcoolise la journée et reste à attendre dans le hall. Il est souvent ivre et ne participe pas ou très peu aux activités mises en place.

Il sera hospitalisé pendant quelques semaines en Décembre pour une insuffisance pulmonaire.

2.2 Jeudi 21 Février 2019

Après quelques semaines d'absence, nous retrouvons Monsieur B cet après-midi du 21 Février sous la verrière. Nous lui proposons de participer à l'atelier « Yoga et Respiration » qui va débuter. Dans la continuité des observations décrites précédemment, il ne croit pas en ses capacités et semble d'abord réticent à la découverte de cette pratique. Il se laisse tout de même tenter et participe à l'atelier. Il s'installe sur une chaise.

Lors de l'éveil corporel, Monsieur B s'applique et semble très concentré sur ses sensations corporelles : « Je sens mon sang qui circule jusque dans mon cou ». D'une manière générale, le côté gauche de son corps semble rigide et parfois même bloqué (au niveau de sa hanche par exemple). Au cours de la séance, il verbalise beaucoup de choses autour du corps et fait des liens avec son hospitalisation récente : « A l'hôpital j'ai dû apprendre à respirer, je n'avais jamais fait ça avant. J'ai passé trois jours avec un masque pour respirer ». Progressivement, Monsieur B se redresse jusqu'à décoller légèrement le bas de son dos du dossier de la chaise, en s'appuyant sur un tonus haut quasi pneumatique. Nous remarquons que Monsieur B se relève difficilement. Son corps entier semble en hypertonie dans ce mouvement de verticalisation. Il exerce une forte pression sur ses bras ce qui majore son hypertonie scapulaire et n'amène pas son centre de gravité suffisamment vers l'avant ce qui le met souvent en situation de déséquilibre. Nous lui proposons alors de travailler sur le transfert assis en décomposant les mouvements nécessaires pour se relever (rapprochement des pieds sous le siège, avancée du bassin, recherche du point d'équilibre).

La verbalisation autour de la silhouette est difficile pour lui. La représentation qu'il a du corps est confuse, il ne connaît pas bien les différentes parties : sur la silhouette dessinée, il montre le coude mais parle du biceps. Il symbolise uniquement les zones de douleurs puis

désigne une sensation qu'il a repéré lors de la séance, celle d'avoir des coussinets sous les pieds : « J'ai l'impression d'avoir comme des pattes de chat ».

La participation de Monsieur B est positivement étonnante et constitue une véritable opportunité d'un travail corporel nécessaire aux vues de ses problématiques. Par la silhouette à compléter, je réalise que Monsieur B a des difficultés de connaissance de certaines parties du corps. Par sa présence à l'atelier il manifeste une volonté certaine de prendre soin de lui-même ce qui est très encourageant. La participation de Monsieur B à cet atelier peut lui offrir un espace de (re)mise en mouvement du corps, sécurisant et adapté à ses possibilités corporelles en étayant en parallèle sa conscience corporelle.

2.3 Jeudi 28 Février 2019

Monsieur B revient à l'atelier yoga dont il se souvient parfaitement. Il arrive très en retard, mais aucun résident n'ayant pu venir nous décidons malgré tout de proposer l'atelier à Monsieur B. Il a meilleure mine. Il s'installe et enlève ses chaussures. Nous commençons par un éveil corporel par l'intermédiaire de marrons que chacun fait rouler sur les différentes parties de son corps. Monsieur B, découvre les sensations prodiguées, il prend son temps et s'attarde tout particulièrement sur son ventre. Il ferme les yeux. Il tapote longuement un marron le long de son sternum et du haut de son crâne. La stimulation de ses voutes plantaires diminue la sensation qu'il avait décrite la semaine précédente, celle d'avoir des coussinets qui a priori n'est pas agréable pour lui. Il met en lien cette sensation avec la maladie de la goutte dont il est atteint, maladie chronique lié à une augmentation d'acide urique au niveau des articulations du pieds le plus souvent. Elle entraîne le gonflement d'une articulation qui engendre alors des douleurs et une modification du

ressenti du pied. J'observe chez Monsieur B une rigidité thoracique importante qui semble limiter l'amplitude de sa respiration. Son thorax agit comme un seul bloc et ne bouge pas ou très peu au gré de la respiration, ce qui me donne parfois l'impression qu'il ne respire pas. Son visage est neutre, aussi figé que le reste de son corps.

Je lui propose ensuite la posture de yoga de la chaise que je lui laisse au choix de réaliser assis ou debout s'il s'en sent capable. Il choisit la deuxième option. Il s'ancre au sol en écartant les orteils pour avoir un équilibre suffisamment stable puis, en prenant son temps il allonge ses bras vers l'avant dans la posture demandée. Ses genoux ont une faible amplitude de flexion, ses bras sont levés à hauteur d'épaules. Le corps de Monsieur B est en tension générale pour maintenir la posture. Sa respiration est bloquée. Il relâche lentement la position (sur l'expiration) pour revenir à la verticale. Nous réessayons ensemble une deuxième fois, en insistant sur la respiration et notamment l'inspiration. Je constate une nette amélioration : son tonus est moins haut, ses bras se détendent et sa position me semble davantage ancrée au sol. Nous l'effectuons une troisième fois puis, nous nous rasseyons chacun sur nos chaises respectives. Je trouve Monsieur G légèrement redressé.

De la même manière que la semaine précédente, lors du temps de verbalisation il complète succinctement la silhouette. Il représente encore une fois son biceps gauche qu'il a senti contracté. À la suite d'une chute il y a quelques années, il s'est brisé les deux côtes flottantes gauche, ce qui l'a contraint à garder le bras gauche immobile (sous peine de douleurs). Il pense que depuis cette période, son muscle s'est enraidit. Par le yoga, il espère lui redonner un peu de sa souplesse initiale. Il a également ressenti ses deux quadriceps qui se contractaient pour maintenir la posture. Monsieur B apprécie la douceur du yoga, son aspect progressif et adapté. Il remarque également le fond sonore que nous proposons lors de ce temps qui semble l'envelopper et l'amener à une certaine concentration.

Lors de cette deuxième séance, Monsieur B semble particulièrement attentif à ses ressentis. Il est très étonné de l'effet sensoriel procuré par les marrons. Son passé d'immobilité a diminué son accès à des expériences motrices qu'il peut revivre lors de l'atelier « Yoga et Respiration ». Il retrouve un corps fonctionnel, doué de capacités et de compétences ce qui le valorise énormément. Je m'interroge de plus en plus sur la vie de Monsieur B car j'ai l'impression qu'il me manque certains éléments pour comprendre sa dynamique psychocorporelle. Quels ont été les facteurs qui l'ont entraîné dans ce processus de déconstruction caractéristique de la précarité ? Et comment est-il tombé dans l'alcool-dépendance ?

2.4 Jeudi 14 Mars 2019

Je croise Monsieur B au réfectoire. Il est souriant, bien habillé et il me paraît plus jeune que d'habitude. Je lui rappelle l'atelier « Yoga et Respiration » qui se déroule après le temps du repas. Il manifeste sa volonté de venir. Il n'a finalement pas participé cette fois-là.

Ressentant que Monsieur B n'est pas prêt à me parler de son histoire personnelle, je me tourne vers sa référente sociale pour prendre connaissance de quelques éléments qui me permettraient de comprendre mieux l'étendue de ses problématiques. Les faits que j'exposerai sont le fruit d'un accompagnement social de trois ans, relatés par une éducatrice qui avait créé une relation singulière avec Monsieur B.

Monsieur B est né au Sénégal et est issu d'une famille nombreuse relativement bien intégrée à la vie en France. C'est un ancien intermittent du spectacle qui a passé sa vie à suivre ses désirs en se laissant porter par les rencontres et les relations qu'il entretenait. « Une vie volage » (propos d'une éducatrice). Il se marie à une femme avec qui il aura trois

enfants. Il en aurait probablement d'autres issus de liaisons extra-conjugales. Actuellement il a des petits-enfants avec qui il semblerait entretenir un lien exclusivement pécunier. Ces-derniers le solliciteraient uniquement pour lui demander une aide financière. Il y a cinq ans sa femme déclare un cancer qui la fait sombrer rapidement dans la maladie. Son état devient critique et son espérance de vie est limitée. Ne supportant pas de voir sa femme dépérir, Monsieur B quitte le domicile familial en laissant sa femme et ses enfants. Cette-dernière décède trois mois plus tard. Depuis ce jour, la culpabilité ronge Monsieur B. Il enchaîne alors les courts séjours en centre d'hébergement, chez des amis ou dans la rue avant d'arriver dans le CHUS où je le rencontre. Il dit que c'est à partir de ce moment qu'il commence à consommer de l'alcool. Monsieur B semble refuser de reparler de son vécu. Serait-ce une manière de faire comme si cela ne s'était pas produit ? Il refuse catégoriquement de se faire aider par sa famille par honte de sa situation. La majeure partie de sa famille n'est d'ailleurs pas au courant qu'il vit dans un hébergement social.

Aujourd'hui Monsieur B n'a pas de projet précis, il semble se plaire au sein du centre d'hébergement (ce qui va à l'encontre du principe de logement transitoire du CHUS). Néanmoins, l'éducatrice constate un changement majeur depuis son hospitalisation ; il a fortement diminué sa consommation d'alcool avec plusieurs jours sans boisson, il s'investit davantage dans ses démarches administratives et participe plus aux activités du centre. Ce changement peut également être mis en lien avec sa mise sous tutelle récente et la diminution de ses revenus qui l'empêche d'acheter de l'alcool. Serait-ce le sentiment de perte de liberté qui aurait pu être le déclencheur ?

2.5 Jeudi 21 Mars 2019

Monsieur B rate encore une fois l'heure de début de l'atelier «Yoga et Respiration», il se présente alors que le groupe a déjà commencé. Il ne s'est pas rendu compte de l'heure. Il m'expliquera plus tard les raisons pour lesquelles il n'est pas venu la semaine dernière. Une fois dans sa chambre, il s'est senti «bizarre au niveau du ventre». Ces sensations semblent être en lien avec une endoscopie récente. Il a alors préféré rester dans son lit à se reposer et les douleurs sont parties.

Je propose à Monsieur B un entretien individuel pour discuter avec lui de ses envies et de ses attentes par rapport au yoga. Il accepte et me dit quelque chose qui m'étonne, que je n'arrive pas à interpréter sur le moment : « C'est bien, vous vous n'êtes pas intrusive. ». Je lui propose de réaliser un dessin du bonhomme que je présente comme « un dessin d'un personnage ». Il rit à ma proposition. Cela fait des années qu'il n'a pas dessiné, depuis l'enfance pense-t-il. Après m'avoir longuement parlé de son colocataire de chambre qu'il n'apprécie guère, il dessine spontanément le dessin suivant.

Son dessin représente un personnage mi-homme, mi-chien. Il commence par le corps du chien évoquant le chien d'une résidente qu'il apprécie. Il a toujours eu des animaux de compagnie, la présence d'un chien lui manque. Ce chien le fait beaucoup rire car il est habillé d'un anorak (anorak que l'on retrouve dans son dessin). La tête d'homme, qu'il dessine dans un second temps, correspond à celle de son colocataire. Il essaye de le représenter comme un diable.



Imaginant qu'il dessinerait un personnage humain assez réaliste, je suis un peu décontenancée et j'en oublie de questionner précisément Monsieur B sur les différents éléments de son dessin. J'ai l'impression que Monsieur B possède une imagination débordante qu'il exprime à travers son dessin. Sur le moment je mets cette imagination sur le compte de son ancien métier de scénariste et comédien. Après réflexion, je constate que cette association/dissociation de la tête de son colocataire et du corps du chien pourrait être le signifiant d'une forme d'élaboration du bon et du mauvais objet. Cela pourrait s'inscrire dans une dynamique de résilience dans ce moment si particulier de la vie de Monsieur B, période de changement et d'évolution.

Je lui propose de réaliser un deuxième dessin cette fois-ci, d'un homme ou d'une femme. Ce nouveau personnage est encore une fois ponctué de l'imagination débordante de Monsieur B. Il commence par dessiner les contours du visage, puis dessine les bras et le buste qu'il agrémente de vêtements. « Je lui dessine un gilet qui n'existe pas dans la réalité ». Monsieur B semble conscient de réaliser un personnage fictif et s'en amuse. Les mains semblent représenter des queues de poisson. Ses traits sont discontinus, il repasse plusieurs fois les contours du personnage. Son geste graphique est léger. Lorsqu'il dessine les jambes, il réalise tout d'abord des bâtons de part et d'autre des hanches. Il insiste tout particulièrement dessus en réalisant plusieurs traits, comme pour donner de l'épaisseur. Il ajoute ensuite des chaussures « en tête de serpent » et dessine les traits de l'entre-jambes. Monsieur B matérialise un pistolet que le personnage est prêt à dégainer. Il revient alors au visage pour y ajouter des détails (yeux, nez, bouche, moustache, foulard). « C'est Donald TRUMP ». Ce personnage à l'allure de cow-boy est accompagné par son cheval qu'il représente en dernier, à gauche.



Encore une fois, Monsieur B symbolise un personnage dont le corps est dissocié de la tête. La représentation du président actuel des Etats-Unis me permet d'affirmer qu'il n'est pas totalement déconnecté du monde dans lequel il vit. Ce personnage témoigne d'une combativité et d'une agressivité qui, associée aux conflits avec son voisin de chambre, pourrait être une forme d'élaboration psychique.

Ce moment passé ensemble a été un véritable moment de partage où Monsieur B et moi-même avons beaucoup rit. J'observe un homme jovial, Monsieur B semble reprendre « vie ».

2.6 Conclusions

Monsieur B dénigre systématiquement les capacités de son corps ce qui l'amène à anticiper certaines actions dont il estime ne pas être capable de réaliser. Il présente un fonctionnement globalement apathique, probablement majoré par son addiction et son âge relativement élevé. Parallèlement à son alcoolisation massive, les nombreuses années de rue ont potentiellement engendré une diminution des expériences motrices amenant son corps à se raidir progressivement et à se figer. Je pense que Monsieur B présente un trouble au niveau de l'intégration de ses enveloppes corporelles qui à première vue, paraissent poreuses. Forte odeur corporelle, regroupement d'affaires autour de son lit, addiction à l'alcool : je me demande si tout cela n'est pas une tentative pour créer ou recréer une enveloppe, rassurante et sécurisante pour lui.

L'hospitalisation de Monsieur B en milieu d'année semble avoir été un véritable élément déclencheur. On peut imaginer combien cette atteinte de la fonction vitale par excellence, a pu impacter Monsieur B tant au niveau physiologique que psychique. Depuis, il souhaite prendre davantage soin de lui et sa participation à l'atelier en est le témoin. Soutenu par notre disponibilité et notre écoute, il a pu trouver les ressources nécessaires pour s'investir corporellement le temps de ces ateliers en psychomotricité. Une observation témoigne également de ce changement : son investissement spatial s'est modifié. Nous ne le croisons non plus dans le hall mais sous l'espace de la verrière traduisant selon moi un désir d'être en lien à l'Autre.

Sa référente sociale souligne qu'il investit davantage ses démarches administratives, avec plus de rigueur et de sérieux alors qu'auparavant il semblait freiner volontairement l'avancée de ces démarches.

Chapitre 2

Une dynamique psychocorporelle troublée par des vécus singuliers

L'addiction à l'alcool fait partie des problématiques de Monsieur G et de Monsieur B présentés précédemment. Il me paraît alors nécessaire de questionner le rapport entre cette addiction et le corps mis en jeu chez ces deux résidents.

1. Définition du terme

Le terme *addiction*, du latin *addictus*¹³ est traduit littéralement par le groupe de mot « adonné à ». Désignant initialement la situation d'une personne ne pouvant régler sa dette, l'addiction, au sens étymologique du terme, souligne le caractère dépendant du sujet à son créancier qui peut alors disposer de la personne comme esclave. L'addiction renvoie donc à une forme d'asservissement, à une contrainte par le corps.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) utilise le terme de « pharmacodépendance » pour désigner les consommations abusives et les dépendances aux produits psychoactifs (dont l'alcool fait partie). La pharmacodépendance se caractérise par un besoin impératif de consommer la substance de manière incontrôlée et incontrôlable, par une dépendance physique et psychique à cette consommation dont les doses sont progressivement augmentées pour produire l'effet recherché (tolérance) et par des conséquences significatives sur la vie du sujet qui a tendance à réduire ses centres d'intérêt au produit exclusivement.

¹³ FELDMANN G., (2011), p. 6

D'un point de vue psychopathologique, le sujet retombe dans un processus de dépendance proche de celui de la petite enfance qui peut renvoyer à un défaut de différenciation à la figure maternelle. Monsieur G exprime très clairement le lien entre le début de sa consommation et l'absence de sa mère, qui décède brutalement alors qu'il n'a que vingt-sept ans.

Malgré les années passant, l'attachement qu'il a envers elle semble intacte et puissant ce qui me questionne sur le lien entre les relations précoces et l'addiction. D. LE BRETON évoque précisément la relation qui peut exister entre ces deux notions : « le manque originaire dont il est question est lié à une dépendance affective extrême qui s'inscrit dans une problématique d'indifférenciation constituée au cours de la prime enfance [...]. La forme la plus aboutie de cette dépendance est représentée par l'exclusivité des liens d'attachement du sujet à sa mère, alliée à une faillite de la fonction paternelle différenciatrice et, au-delà, à l'insuffisance ou à la mise en échec de la fonction de tiers, rendant toute expérience réelle ou fantasmatique de l'« absence » intolérable »¹⁴. Nous pouvons imaginer quel impact a pu avoir le retrait du père de Monsieur G dans la dynamique familiale, retrait qui fut vécu comme un abandon. Nous pouvons également supposer que cette séparation, symbole de rupture, a probablement pu accroître l'attachement fusionnel de Monsieur G à sa mère.

Ce lien de dépendance peut également se retrouver dans le rapport qu'entretient l'individu avec le système institutionnel. Depuis plusieurs années, Monsieur B vit au sein de la structure qui fait, me semble-t-il dans son cas, office de « cocon maternel »¹⁵. Il y est nourri et assisté dans ses démarches administratives pour lesquelles il manifeste très peu d'investissement et dont il ne formule aucune demande.

¹⁴ LE BRETON D., (2002), p. 111-112

¹⁵ GAILLARD BOSSON M., (2017), p. 114

Selon FOUQUET, l'alcoolisation est un passage à l'acte du sujet qui, soumis à la dépendance, perd la liberté de s'abstenir de boire¹⁶. Ce passage à l'acte vise à apaiser les tensions internes par une décharge externe corporelle.

2. Place du corps dans l'alcoolodépendance

Dans cette dépendance au produit, le corps occupe une place importante. Il est l'esclave de la substance consommée dans l'attente du règlement de sa dette.

Selon DESCOMBEY (1998) l'alcoolisme est caractérisé par une triple négation du corps présente chez l'individu : une négation du corps en tant qu'entité (asomatognosie) qui se traduit par une indifférence et une absence de connaissances relatives au corps, une négation des troubles liés à l'addiction (anosognosie) auxquels le sujet n'est pas conscient et une négation de la mort (athanatognosie) qui rend l'individu complètement indifférent à la mort, à sa propre mort.

D'après ANDRE et al. « l'objet d'addiction sert de prothèse à une élaboration corporelle non accomplie et permet de faire face à l'intériorisation d'une image pessimiste du corps et d'éviter la confrontation à toutes les situations intolérables »¹⁷. La consommation d'alcool induirait alors un mécanisme de court-circuitage de la pensée permettant une survie psychique au détriment du corps intrusé par les divers modes de consommation.

¹⁶ FOUQUET P., (1951), p. 231-251

¹⁷ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), p. 95

Ce qui est nettement remarquable chez Monsieur G et Monsieur B est le paradoxe existant concernant la place du corps : ce corps au cœur de leurs addictions mais pourtant si loin, éloigné de toute inscription psychique. Leurs corps sont sans cesse malmenés au gré de l'absorption massive d'alcool. Ces-derniers deviennent les intermédiaires entre le produit et les effets recherchés en ne constituant plus qu'un lieu de passage qu'on peut remplir, vider, anesthésier, déconsidérer. Lors des premières rencontres avec Monsieur B, ce-dernier était totalement dans la négation de son corps qu'il considérait davantage comme un objet non fonctionnel qu'une entité qu'il peut habiter et investir positivement.

2.1 Une histoire corporelle marquée par les addictions, majorée par la précarité et la vieillesse

Monsieur G et Monsieur B parlent souvent de leurs corps comme douloureux, diminués, inutiles, qui se limitent bien souvent aux douleurs induites par leurs pathologies respectives (fractures, arthroses). Ces pathologies sont à replacer dans un processus de vieillissement normal associé à un contexte de précarité majeur. Comment cette douleur permanente peut-elle impacter la représentation du corps et comment l'addiction y participe-t-elle ?

D'un point de vue physiologique, la douleur est une stimulation liée à une lésion qui va être perçue par des capteurs spécifiques qui vont déclencher une réponse en cascade pour protéger l'organisme. Dans le traitement de la douleur, deux mécanismes entrent en jeu : la progression de l'information sensorielle vers le cortex et l'inhibition latérale permettant de moduler le traitement de cette information (dans un contexte psychologique et environnemental donné). E. PIREYRE développe la notion de « seuils sensoriels », qui, à partir de cette définition permettent de penser que la sensation et la perception sont

éminemment intriquées, si ce n'est confondues car elles s'inscrivent dans une temporalité extrêmement proche : « N'existe que la perception qui est en fait un traitement, des plus précoces, affectif et/ou cognitif, de l'information sensorielle »¹⁸.

D. LE BRETON, sociologue français spécialisé dans les conduites à risque, rejoint ce point de vue dans un article du *Hermès* en affirmant que « La perception n'est pas l'empreinte d'un objet sur un organe sensoriel, mais une activité de connaissance diluée dans l'évidence ou fruit d'une réflexion, une pensée par corps en prise sur le flux sensoriel qui baigne sans relâche l'individu. Ce n'est pas le réel que les hommes perçoivent mais déjà un monde de significations. »¹⁹.

L'Association Internationale d'étude de la douleur définit cette dernière comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes ». Ici, la sensation est directement mise en lien avec l'aspect émotionnel du sujet qui va donc ressentir la douleur en fonction de son état psychoaffectif. Comme disait J.-J. ROUSSEAU, « Les sensations ne sont rien que ce que le cœur les fait être »²⁰. La douleur est donc empreinte d'une grande part de subjectivité qui va induire le sujet à percevoir et à interpréter la douleur en fonction, non seulement de ses émotions, mais aussi de sa personnalité, de son vécu, de ses représentations et de sa culture. Le corps est alors le premier témoin de cet épisode douloureux. Il garde une trace de ce vécu singulier et s'inscrit dans la dynamique affective et relationnelle de la personne. La douleur peut amener à la destructivité du corps, observable notamment chez Monsieur G par ses paroles brutales envers les parties de son corps souffrantes. L'alcool permet d'annihiler temporairement ce corps douloureux.

¹⁸ PIREYRE E., (2015), p. 123

¹⁹ LE BRETON D., (2014), p. 22

²⁰ ROUSSEAU J.-J., (1761), p. 30

Les conditions de vie précaires du passé des deux résidents, associées aux modifications corporelles induites par le vieillissement sont responsables de nombreuses douleurs physiques et psychiques qui impactent grandement leur autonomie et leur indépendance. Dans le cas de Monsieur B, cela va jusqu'à le rendre dépendant dans ses déplacements (canne, fauteuil roulant, ambulance). Il est difficile pour eux deux de faire abstraction le temps d'une séance de cette douleur omniprésente, malgré nos propositions d'exploration des zones non douloureuses.

Dans quelle mesure toutes ces douleurs impactent-elles ou font-elles résonance à une représentation affective du corps troublée ou défaillante?

2.2 Des troubles de la perception et du ressenti corporel

Selon D. DUPIN, A. LEFEBVRE, E. MIGUET, M. RAMO et A. STEINHAUSER, et comme j'ai pu l'observer lors de ce stage, il est fréquent de retrouver dans les addictions un « discours médicalisé ou matérialisé du corps au détriment du ressenti, une perte de la reconnaissance du rythme biologique et des besoins réels du corps »²¹.

Depuis son arrivée Monsieur G ne mange pas à un rythme régulier, il grignote et mange une collation de temps en temps. Monsieur B lui, pouvait passer des heures entières à dormir ou à rester assis dans le hall en oubliant de s'alimenter. Les sensations corporelles liées aux besoins physiologiques sont comme effacées.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la perception est un processus neurophysiologique complexe qui, à partir de l'intégration des différentes informations sensorielles, renseigne l'organisme sur son environnement lui permettant ainsi d'agir

²¹ ALBARET J.-M., SCIALOM P., GIROMINI F., (2018), p. 628

dessus. Elle met en jeu des fonctions cérébrales comme notamment les aires primaires et associatives. De ce point de vue physiologique, nous pouvons alors interroger le lien probable entre l'altération neurologique engendrée par l'addiction à l'alcool et ce processus de perception. Selon A.BULLINGER, le développement de la fonction proprioceptive devient alors la constitution d'une zone habitable, une mise en forme de soi vers l'autre²².

Lors des différents ateliers de psychomotricité, j'ai pu observer la présence de troubles de la perception et des ressentis notamment au travers d'une verbalisation des vécus corporels très pauvre, nécessitant souvent un étayage important. Je m'interroge quant à l'origine de ces troubles. Ils peuvent être liés aux dommages cérébraux de l'alcoolisation massive et régulière mais ils peuvent également trouver une signification d'après D. LE BRETON, si l'on considère ces troubles de la perception comme une expression non seulement des conflits d'interprétation mais aussi des conflits avec le monde dans lequel s'inscrit le sujet.

Dans l'alcool-dépendance, on peut retrouver également des troubles de la connaissance du corps avec une mauvaise intégration de celui-ci²³. De manière assez surprenante, les deux résidents cités dans ce propos, semblent avoir une connaissance relativement correcte du corps (aux vues de leurs dessins respectifs).

Monsieur G réalise un dessin complet, détaillé et respectueux des proportions. Cependant, on peut noter un clivage haut/bas avec des phénomènes de transparence qui me laisse penser à un surinvestissement du haut du corps au détriment des jambes.

²² BULLINGER A., (1997).

²³ ALBARET J-M., SCIALOM P., GIROMINI F., (2015), p. 218

Monsieur B présente de légères confusions anatomiques, notamment musculaires, qui peuvent être mises en lien avec son apragmatisme. Les contours de l'homme qu'il a dessiné sont irréguliers et discontinus ce qui contraste avec les traits des animaux plus réguliers et plus assurés. Le corps de la personne ne semble pas suffisamment limité et contenu par une enveloppe protectrice. De la même manière que Monsieur G, les jambes sont nettement moins investies et moins de détails y sont représentés.

2.3 La peau, limite psychique du corps

La peau dite « physique »²⁴ délimite les contours de notre corps. Elle est l'organe présent sur la majeure partie de notre organisme et revêt différentes fonctions biologiques, physiologiques et sensorielles. La peau définit la limite entre le dedans et le dehors du corps qui assure un sentiment de contenance et de contenu lorsqu'elle s'est correctement développée. Selon DAMASIO, pour assurer les conditions nécessaires à la vie, la limite est indispensable : « La vie se déroule à l'intérieur d'une limite qui définit un corps. La vie et le désir de vivre existent à l'intérieur d'une limite, le mur sélectivement perméable qui sépare l'environnement interne de l'environnement externe. L'idée d'organisme tourne autour de l'existence de cette limite »²⁵. Cette notion d'intérieur et d'extérieur assure le sentiment de la peau psychique²⁶.

La peau psychique permet de trouver une sécurité interne solide pour pouvoir se reconnaître comme sujet, pour pouvoir s'individualiser. D. ANZIEU, en explique le développement par la notion du Moi-peau qui s'étaye sur les fonctions biologiques de la peau. Ainsi, avoir sa propre peau c'est avoir son propre Moi. « Par moi-peau, je désigne une

²⁴ PIREYRE E., (2015), p. 76

²⁵ DAMASIO A., (1999), p. 142

²⁶ PIREYRE E., (2015), p. 79

figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »²⁷. La fonction du Moi-peau participe donc à la structuration harmonieuse de l'individu ainsi qu'à sa construction en tant que sujet à part entière

Dans le cas de Monsieur B, son incontinence présente au début de l'année peut alors être mise en lien avec ce défaut d'intégration des limites, témoin ou conséquence d'un manque de désir pour la vie, d'un manque d'élan vital visant sa propre conservation et donc un manque d'individuation. La peau représente la surface du corps qui permet que s'organise une surface de pensée. A partir des sensations corporelles venant s'inscrire sur cet espace étendu, le Moi se construit, ce-dernier pouvant alors être pensé comme la projection mentale de la surface du corps.

Concernant l'addiction et la précarité de manière plus générale, il est intéressant de relever une des fonctions du Moi-peau : la fonction toxique. Cette fonction négative vise à l'autodestruction de cette enveloppe physique et psychique de manière inconsciente. C'est ce qu'on retrouve chez Monsieur B et Monsieur G : une peau tannée, abimée, tatouée, blessée dont ils ne prennent pas soin. Le corps est encore une fois sabordé. J-P. MATOT articule cet excès de cruauté envers soi-même à une carence d'intégration des enveloppes psychiques, et donc des enveloppes corporelles.

²⁷ ANZIEU D., (1995), p. 61

3. La recherche d'une enveloppe sensorielle contenant

Le « choix » du produit n'est jamais le fruit du hasard. C. OLIEVENSTEIN, célèbre psychiatre français spécialiste dans le traitement de la toxicomanie, défend l'idée que l'addiction naît d'une rencontre entre une personne et un produit spécifique, à un moment socio-culturel donné. A cette rencontre s'ajoute la qualité de l'investissement de l'objet par l'individu et les propriétés tonico-sensorielles du produit.

Par l'usage effréné de la substance, l'individu cherche ou re-cherche des stimulations sensorielles qui lui donnent à éprouver un vécu corporel singulier. Le choix du mode de consommation témoigne de la relation à l'objet de dépendance et aux spécificités sensorielles recherchées. Dans le cas des deux résidents, on remarque un investissement particulier de la zone orale (ingestion). Cet endroit du corps riche en récepteurs sensoriels est marqué par la force des expériences sensorielles pendant la petite enfance. Il constitue un espace privilégié dans le développement affectif. On remarque effectivement que Monsieur G recherche une hyperstimulation gustative qui vient alors impacter fortement non seulement la zone de la bouche (lèvres, langue) mais aussi tout l'intérieur du corps (pharynx, œsophage, abdomen, tête). Ce sont des sensations qu'il semble apprécier malgré les effets négatifs qu'elles induisent et qu'il recherche aussi par une alimentation épicée et sucrée. Lors de l'atelier «Un temps pour soi», je lui proposerai plusieurs fois d'expérimenter d'autres qualités gustatives notamment au travers du thé. Il ne témoignera que très peu d'intérêt pour toutes les saveurs dont il n'a pas l'habitude, trop « fades » pour lui. Cette hypersensorialité s'inscrit dans une temporalité de l'ici et maintenant, répétée dans le temps, qui peut être le reflet d'une quête de perception de soi (perception qui nous l'avons vu précédemment peut faire défaut).

Selon A. CONSTANT, dans l'addiction le produit « vient faire enveloppe : enveloppe tonique, enveloppe sensorielle mais également enveloppe affective dans cette relation exclusive qui se tisse. »²⁸. Cette enveloppe poreuse que l'on retrouve dans ces deux cas cliniques peut induire des angoisses massives que l'alcool va temporairement apaiser par ses propriétés anxiolytiques et antidépressives. Une fois le produit consommé, les sensations illusoire de détente et de bien-être vont progressivement s'effacer pour laisser place à nouveau aux angoisses, au vide. Ce sentiment de vide est une expression fréquente dans les addictions qui peut se manifester par des conduites à risque multiples (engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses). Le produit tente donc faire contenance le temps d'un instant mais n'assure pas le sentiment de continuité du sujet.

Le sujet va reconsommer pour retrouver les effets décrits précédemment. C'est le cercle vicieux où l'alcool joue un rôle à la fois de cause et de remède. L'individu ne peut se passer de l'envie de boire malgré les conséquences négatives induites. Cet investissement particulier peut s'observer chez Monsieur G qui investit l'alcool comme une part de lui-même dont il a des difficultés à se séparer. Par la représentation des canettes de bières dans la poche du personnage qu'il a dessiné, nous pouvons remarquer comment l'alcool fait figure de symbole identitaire. La substance est alors un compagnon de tout instant, seul agent permanent du sujet qui s'inscrit dans un contexte de vie précaire et discontinu. L'objet d'addiction devient l'organisateur de la vie du sujet dans ses conduites instinctuelles, sa vie affective, sa relation à l'espace et au temps, son organisation et sa structure du corps.

De manière générale, ce défaut de contenance s'observe également dans l'investissement vestimentaire des résidents. Monsieur G n'enlèvera que rarement son manteau de manière spontanée. Depuis son arrivée, il accumule les couches de vêtements au niveau du buste

²⁸ Intervention Théorico-clinique. Corps et addictologie. (2018). CONSTANT A., 2^e année. IFP Paris, p. 10

(tee-shirt, pull, gilet, manteau) mais aussi au niveau des membres inférieurs (plusieurs chaussettes, collant, pantalons, salopette) alors même que les ateliers s'organisent dans des espaces chauffés. Cet enveloppement vestimentaire peut s'apparenter aux feuillets de la peau, créant ainsi une carapace protectrice compensatrice de l'enveloppe perforée. Le « vêtement-peau »²⁹ se retrouve fréquemment dans la clinique de la grande précarité. « Quelque chose d'un défaut d'enveloppement se met en scène dans la rue. »³⁰. Du fait de son arrivée récente et de sa longue période de vie précaire, Monsieur G semble avoir des difficultés d'adaptation à ce niveau-là.

L'addiction vient donc comme symptôme, symptôme d'un défaut d'équilibre psychocorporel que l'individu tente de retrouver par la relation qu'il entretient avec le produit. L'objet d'addiction tente de protéger le Moi³¹.

²⁹ POTEL C., (2010), p. 48

³⁰ MATHIEU F., (2011), p. 102

³¹ Intervention Théorico-clinique, Troubles des conduites addictives, (2018), EXPOSITO C., 3e année, IFP Paris.

Le rapport au corps de l'individu présentant une addiction, ici plus spécifiquement une addiction à l'alcool, soulève chez moi des questionnements quant au sentiment d'exister en tant qu'entité corporelle et psychique à part entière de l'individu. Comment le sentiment continu d'existence peut-il perdurer lorsque l'expérience du corps est discontinuée et désorganisée par un vécu précaire et insécure ?

1. Le sentiment de soi, une construction permanente ébranlée

Le sentiment d'habiter son corps de manière à pouvoir s'identifier comme individu n'est pas inné : « On ne naît pas soi, on le devient » (POTEL, 2010). Dans les cas que je relate dans ce mémoire, je me demande dans quelle mesure ce sentiment peut-il être impacté et comment cela peut-il modifier la façon d'être au monde. Ce sentiment de soi perturbé chez Monsieur B et Monsieur G est-il la résultante d'une construction primaire défaillante ou a-t-il pu régresser au cours des événements de leurs vies ?

Dans le développement du jeune enfant, l'appropriation du corps est une construction issue de nombreuses expériences sensori-motrices mais aussi relationnelles. Toutes ces expériences vont permettre à l'individu d'appréhender son corps, de l'expérimenter, de l'organiser, de l'investir, de l'habiter pour pouvoir y trouver des repères stables et sécurisants. Selon C. POTEL, « Avoir un corps à soi, c'est avoir des repères, se connaître,

avoir des sensations et perceptions qu'on peut intégrer (faire entrer à l'intérieur de soi) en lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer »³²

Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles de la perception de Monsieur G et Monsieur B impactent les enveloppes psychocorporelles indispensables à la délimitation du corps. D'après A. BULLINGER, « Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une « zone habitable » »³³. Cette maîtrise suppose une richesse de sensations auxquelles l'individu est capable de s'adapter, de trouver les ressources internes pour y faire face. Dans le cas des deux résidents, comment comprendre cette habitation singulière du corps qui semble se (re)jouer sans cesse selon les mêmes modalités (sensorielles notamment) ? J'observe un véritable manque à être témoignant d'une difficulté à être soi, à remplir son corps autrement que par l'objet d'addiction sinon psychiquement par des représentations stables. Lorsque je propose à Monsieur B de ressentir les effets d'un changement de posture, j'ai parfois l'impression de percevoir un sentiment de vide. Peu développées, les sensations décrites par Monsieur B sont sommaires. Il semble chercher les sensations dans son intérieur, sans pour autant les trouver. Par l'observation des résidents lors des ateliers en psychomotricité, je relève deux modes distincts d'investissements corporels : Monsieur B entretient une relation à son corps sur un registre d'inhibition et de ralentissement global tandis que Monsieur G présente davantage un corps-action, qu'il investit dans l'agir et l'impulsivité.

³² POTE L C.. (2010), p. 81

³³ BULLINGER A., (2004), p. 152

Se sentir vivre dans son corps par ce que désigne DAMASIO comme des sentiments «primordiaux», sentiments de ressenti global des états du corps (détente, tensions, fatigue, légèreté, etc.), constitue une ébauche du *soi* appelé le *proto-soi*. L'intégration de ce soi archaïque s'intrique dans une dimension relationnelle où les états corporels sont en interaction avec l'environnement et les objets extérieurs. C'est la constitution du véritable *soi*. Selon B. LESAGE, le soi est «une conscience d'être qui intègre le proto-soi et ses modulations dans le jeu relationnel, c'est-à-dire engagé dans l'interaction et orienté vers les objets du monde»³⁴. Cette définition du soi est donc mise en lien avec les conditions de vie de l'individu. Elles constituent des facteurs à part entière dans la construction et le maintien du sentiment de soi. On peut imaginer dans quelle mesure ce sentiment d'être peut être impacté par des conditions de vie précaire où le sujet est constamment assiégé par les flux sensoriels de la rue (bruits, odeurs, lumières, froid, humidité). La personne est soit soumise au regard de l'autre sans aucune retraite possible, soit cachée à en devenir invisible.

Qu'en est-il de l'intimité dans ces conditions extrêmes? S-Q ZUCCA relève ce trait particulier d'une population en grande précarité «dépossédée du droit d'intimité et au secret»³⁵. Dans l'accompagnement social vers la réinsertion, là aussi, l'intimité est compromise: les histoires personnelles doivent être dévoilées de manière répétitive et intrusive à de nombreux professionnels, pouvant ainsi donner l'impression de discours plaqués, dénués de sentiments et d'affects. L'intimité est la base de la relation à soi, elle est l'essence-même du sujet. Retrouver un logement participe donc à retrouver une forme d'intimité parfois difficile à reconstruire après des années de rue.

³⁴ LESAGE B., (2017), p. 59

³⁵ ZUCCA S-Q., (2007), p. 111

Par ses travaux de recherches, DAMASIO apporte un regard scientifique au sentiment de soi. Ce qu'il appelle la *conscience-noyau*, phénomène biologique simple imputable à certaines zones cérébrales et stable tout au long de la vie, est rattaché à une temporalité de l'ici et maintenant. A. BULLINGER définit l'ici comme provenant des sensations et relations de l'individu avec son environnement et le maintenant comme les capacités d'habituation du sujet et d'anticipation à court terme³⁶.

Ce sentiment de l'immédiateté d'être n'est pas suffisant pour asseoir la construction et le maintien de l'individu en tant que tel. Il est nécessaire de se sentir vivre de manière immuable : c'est le sentiment continu d'existence.

2. Habiter son corps de manière continue, reflet d'un investissement singulier de l'espace et du temps

Dans l'observation des deux résidents, Monsieur B et Monsieur G, il existe une véritable problématique d'habitation du corps qui s'étend alors même jusque l'habitat de la chambre octroyée par le CHUS. Comment comprendre l'investissement de ces espaces et comment cela impacte-t-il la façon d'être au monde, si singulière chez ces deux sujets ?

Habiter son corps est l'association de deux phénomènes : celui de se sentir comme une entité corporelle dans l'immédiateté et le phénomène de répétition de cette perception pour pouvoir asseoir le sentiment d'être dans une continuité temporelle.

³⁶ BULLINGER A., (2004), p. 188

2.1 Le sentiment continu d'existence

Selon PIREYRE, le sentiment continu d'existence est «la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace»³⁷. C'est une sécurité intérieure fondée sur le sentiment de s'inscrire dans un futur et celui d'y rester le même en tant qu'individu, corporel et psychique.

WINNICOTT est le premier à aborder ce concept en affirmant que ce sentiment continu d'existence est indispensable à la structuration du Moi. Pour lui, la continuité d'existence est étroitement en lien avec ce que nomme PIREYRE, la sensibilité somato-viscérale³⁸ c'est-à-dire la sensorialité. Par un holding suffisamment efficace le bébé sent et s'assure de ses limites corporelles et de sa continuité qui l'inscrivent dans une construction de sa subjectivité. C'est le *vrai-self* (WINNICOTT, 1960), à savoir la « position théorique d'où provient le geste spontané et l'idée personnelle. Le geste spontané est le vrai «self» en action. Seul le vrai «self» peut être créateur et seul le vrai «self» peut être ressenti comme réel. »³⁹.

A partir de la *conscience-noyau* DAMASIO confirme ce sentiment continu d'existence par l'idée d'un Soi central, entité en remaniement perpétuel en fonction des interactions avec son milieu. Ce Soi central s'inscrit dans une temporalité plus large. Il se caractérise par la mise en jeu de zones cérébrales spécifiques, zones potentiellement atteintes par des années d'addiction à l'alcool et autres substances.

L'humain est dans un effort incessant pour persévérer dans son être : cela constitue le *conatus* argumenté par SPINOZA. Il définit cette force singulière déployée par l'Homme

³⁷ PIREYRE E., (2015), p. 55

³⁸ Ibid.

³⁹ WINNICOTT D., (1960), p. 125-126

pour continuer à exister de manière permanente. C'est une pulsion de vie tournée vers une volonté d'autoconservation et de stabilité du *Soi*. « Le conatus continue à former le même individu et respecte le même patron structurel. »⁴⁰. Il vise à préserver le sentiment continu d'existence. Ce désir de vie est pensé par SPINOZA comme « le premier en tant que puissance d'agir et de penser »⁴¹.

Le retour de cette pulsion de vie chez Monsieur B a grandement impacté son investissement corporel, notamment par son implication à l'atelier « Yoga et Respiration » où il a pu s'autoriser à mettre différemment son corps en jeu, mais aussi par son implication dans ses démarches médicales et sociales. Le témoignage de sa référente en est le garant indirect: « Il faut profiter de cet élan pour insuffler de la vie chez ce Monsieur ».

Cet élan vital peut se retrouver dans la clinique de la grande précarité et de l'addictologie par l'hypersensorialité mise en jeu. La recherche de stimulations liées au produit peut être considérée comme une tentative de se vivre dans l'instant présent, comme une recherche de perception de soi et de ses limites constituant alors une véritable quête de ce sentiment durable d'exister.

Pareillement aux observations des personnes autistes, BULLINGER conjecture que la recherche envahissante de sensations justifie une organisation des représentations du corps permettant de gérer l'ici et le maintenant. « La répétition de l'action et son optimisation, du point de vue des sensations qu'elle suscite, sont la seule issue pour maintenir présentes des représentations fugaces, qui disparaissent dès que l'action est interrompue. »⁴². Les sensations recherchées tentent de maintenir le sujet dans des représentations stables de lui-même, en sollicitant parfois brutalement l'enveloppe

⁴⁰ DAMASIO A., (2003), p. 43

⁴¹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2015), p. 211

⁴² BULLINGER A., (2004)

corporelle. A travers cette hyperstimulation, l'individu s'évertue à se vivre comme une entité contenue et contenant, et cela de manière continue.

2.2 Un rapport à l'espace altéré

L'espace se définit comme l'étendue autour de soi, lieu plus ou moins délimité où se situent des objets. Il se rapporte à la notion de distance, distance entre les objets, entre soi et les choses contenues dans cet espace.

La construction de l'espace a pour point de départ le propre référentiel corporel du sujet. L'appropriation du corps propre permet de différencier un espace interne et un espace externe indispensable à l'organisation spatiale. C'est en acquérant la perception d'un espace en soi que l'enfant prendra conscience qu'il existe un espace autour de lui, qui n'est pas lui. Par des expériences sensori-motrices, il va développer les notions spatiales fondamentales qui lui permettront d'agir sur son environnement. D'après C. PAVOT et A-C. GALLIANO, «L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu»⁴³.

Dans un parcours de grande précarité, la perte de l'espace de l'habitat induit des difficultés à réinvestir un espace comme un lieu propre à soi. L'espace privé se confond avec l'espace public où la vie du sujet est exposée au regard des autres. Comment s'organise alors l'espace psychique de l'individu qui ne se réfère plus à un espace propre ?

⁴³ SCIALOMP., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2015), p. 248

Que ce soit dans la chambre de Monsieur B ou celle de Monsieur G, l'investissement particulier de ces lieux d'intimité retrouvée (ou presque) est similaire aux espaces de vie de la rue. L'espace de leurs chambres est diffus, désorganisé, déconstruit. Le partage de cette pièce avec un autre résident peut alors faire support comme il peut être un frein dans cette reconstruction spatiale du sujet.

L'espace est également impacté dans les problématiques d'addictions. Le corps, difficilement représentable par le sujet comme entité unifiée, fait défaut à la représentation de l'espace propre et de l'espace extérieur. Selon SAMI-ALI (1977), la perception du monde liée à la projection de soi sur lui ne peut alors maintenir sa cohésion.

Cette fragilité de l'espace, conséquence d'un vécu de précarité associé à une relation singulière du corps dans l'alcool-dépendance, entraîne une perte significative des repères temporels.

2.3 Une temporalité ébranlée

Le temps est un élément indispensable à l'inscription de l'être humain dans le monde qui l'entoure. Il organise le sujet dans sa relation à lui-même, dans sa relation aux autres et sous-tend toute action ou mouvement réalisé. Indissociable de la dimension spatiale, ces deux données construisent un cadre de référence dans lequel l'individu vit, perçoit et se représente son environnement.

La perception du temps est éminemment subjective. Dans la clinique de la précarité, j'ai pu observer plusieurs modes de relation au temps. Monsieur G semble courir contre ce temps fuyant qu'il ne perçoit que difficilement : il rate sans cesse ses rendez-vous, il confond les jours de la semaine (exceptés ceux du marché qui font office de véritables repères), il se

trompe dans les jours d'activités culturelles. Plusieurs fois, il ratera l'atelier « Un temps pour soi » ce qui rendra parfois fragile la continuité du lien et de l'accompagnement. Lorsque je rencontre Monsieur B, le temps semble pour lui empreint d'un ralentissement général, d'une fatigue et d'un grand ennui qui l'amène à une impuissance face à ce temps qui coule.

Selon EMMANUELLI X., « Le code du temps est le premier alphabet que l'on perd dans l'exclusion et le dernier que l'on recouvre. "Mardi prochain" ou "demain à 10 heures" sont des expressions qui ne signifient littéralement rien pour ceux qui sont enfermés dans l'instantané. Le temps pour eux a perdu sa flèche, il n'est plus qu'une succession de moments identiques dans leur insignifiance. Il ne coule pas. Il ne passe pas. Il ne tend pas. Il stagne »⁴⁴. Oppressé par l'affaiblissement de la conscience de soi, la perception du temps paraît alors bouleversée, anesthésiée. « Au bout de quelques mois, 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. »⁴⁵

Comme décrit précédemment, le corps est la matrice psychique fondamentale sur laquelle l'individu construit sa perception. La représentation du monde étant entièrement solidaire de sa perception, SAMI-ALI évoque le lien direct avec le corps : « La représentation du monde épouse la forme même du vécu corporel »⁴⁶. Il développe son propos de manière plus approfondie en pensant le trouble spatio-temporel comme un témoin direct d'un vécu ayant subi une spatio-temporalité qui ne lui était pas adaptée. Durant plusieurs années de

⁴⁴ EMMANUELLI X., (2003), p. 13

⁴⁵ ZUCCA S., (2007), p. 70

⁴⁶ SAMI-ALI, (2004), p. 218

rue, le corps pris dans une temporalité contrainte par la survie, subit des changements tels qu'ils peuvent altérer significativement les représentations spatio-temporelles du sujet. Concernant Monsieur B et Monsieur G, actuellement en situation de précarité et d'addiction, nous pouvons facilement comprendre comment une expérience discontinue de leurs corps a pu désorganiser le sentiment de continuité d'existence.

Les circonstances de la grande précarité imposent une temporalité particulière. La vie du sujet est rythmée par un processus de survie où la satisfaction des besoins physiologiques de bases devient la priorité. Le corps se retrouve dans une ambivalence telle que d'une part, il est surinvesti par les nombreuses heures de marche, de manche ou d'alcoolisation et d'autre part mis à distance par la reconduction de ces besoins primaires jusqu'au dernier moment supportable pour l'organisme. C'est une temporalité de l'urgence.

L'urgence se définit comme la nécessité absolue de prendre une décision immédiate et d'agir rapidement. Elle se rapporte à un sentiment intense d'insécurité et à l'incertitude du futur proche. Ces sentiments sont encore présents chez Monsieur G qui, arrivé récemment au CHUS, éprouve de grandes difficultés à se projeter, à ne serait-ce qu'esquisser des ambitions pour son avenir. Le fonctionnement institutionnel des centres d'hébergement d'urgence alimente généralement cette représentation de l'urgence par une dénomination de court terme contrastant avec une réalité d'accueil sans horizon (parfois plusieurs années).

Après avoir vécu dans la rue pendant des années, le rythme d'une vie sous un toit associé à une dynamique de réinsertion peut paraître problématique lorsque sa propre temporalité a été perdue ou fragilisée par une existence précaire. Généralement, cette adaptation

temporelle nécessite un effort important, indispensable pour (re)trouver un rythme commun à la société dans laquelle s'inscrit l'individu. Chez Monsieur B et Monsieur G, le temps semble décousu, les histoires de vie discontinues avec une chronologie approximative difficilement compréhensible par l'équipe sociale et nous-mêmes. C'est comme si l'enveloppe temporelle était perforée de toute part, rendant le sujet incapable de tisser harmonieusement les moments de sa vie passée. Guillaume PEGON (2011) qualifie cette enveloppe d'enveloppe narrative du « soi ». Des troubles mnésiques sont également à prendre en considération dans cette problématique, soutenus par l'alcoolisme passé et présent des résidents. L'inscription dans cette temporalité singulière me donne l'impression d'une trace indélébile d'un vécu d'alcool et de précarité, où les individus rejouent sans cesse la rythmique de la rue.

Dans la clinique de la précarité et des addictions, les troubles spatio-temporels présents peuvent être les reflets d'une aliénation où l'individu est assujéti au temps et à l'espace d'une condition précaire et/ou de la substance consommée. Le sujet s'abstient de projeter son espace et son rythme propre rendant difficile la révélation de sa présence au monde. C'est la subjectivité même de la personne qui est durement affectée, son identité. Une fois encore, ces troubles sont les témoins d'une carence d'élaboration psychique à partir de la composante corporelle.

3. Un corps à détruire, un corps dévalorisé

Chez Monsieur G et Monsieur B, j'observe une relation au corps particulière, une relation à un corps défait qu'il s'agit de détruire.

J'ai le sentiment que Monsieur G cherche les limites de son corps en sollicitant des sensations de l'ordre du dur. Cette quête de limites l'amène à dégrader volontairement ou non son corps, porteur des stigmates de cette violence (cicatrices, brûlures, fractures, plaies). Monsieur B exerce cette destructivité selon une toute autre modalité, celle de la passivité. Il laisse son corps se dégrader. Cela se traduit par un manque d'hygiène et une intensification de ses problèmes de santé (arthrose) allant parfois jusqu'à des complications physiologiques sévères où le pronostic vital est engagé (référence à son hospitalisation récente).

Toute cette destructivité induit de grandes douleurs que les résidents semblent s'approprier comme composantes intégrantes de leur être. A. BULLINGER propose une interprétation de l'automutilation qu'il est intéressant de mettre en parallèle dans le cas de cette recherche de destruction corporelle: « On ne peut parler d'automutilation que du point de vue de l'observateur. Pour la personne qui agit, au contraire, cette conduite rassemble. »⁴⁷ L'autodestruction observable chez les deux résidents peut s'apparenter à une recherche de la frontière entre le plaisir et la douleur pour se sentir exister dans l'instant présent et dans le temps. Dans quelle mesure les représentations corporelles d'un individu qui cherche son propre autosabordage peuvent-elles être impactées?

L'image du corps est la représentation que l'on se fait de soi. SCHILDER (1968) évoque trois piliers sur lesquels repose l'image du corps : une dimension biologique, une dimension psychologique, une dimension sociale. C'est donc une construction en remaniement permanent, évoluant au fil des rencontres, des événements de la vie, des atteintes corporelles et psycho-affectives de chaque être humain.

⁴⁷ BULLINGER A., (2004), p. 159

L'image du corps est pensée par PIREYRE (2015) sous une forme composite constituée de neuf éléments : la sensation continue d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensorialité, les compétences communicationnelles du corps, les angoisses corporelles archaïques. Dans ce propos nous avons déjà étudié la singularité de quelques-unes de ces sous-composantes. Par cet apport théorique, je m'aperçois que l'image du corps est en réalité l'essence-même de la problématique des résidents.

B. LESAGE étaye mon propos par les mots suivants : « Le cerveau fabrique donc sans cesse des images du corps et des images de ce qui affecte le corps. Tout évènement corporel module les images, qui à leurs tours sont opérationnelles et ouvrent des cascades de réponses biologiques. »⁴⁸. Dans les cas de Monsieur G et Monsieur B il est aisé de comprendre comment la rue et la dépendance au produit ont pu bouleverser ces représentations potentiellement déjà fragilisées par une histoire archaïque précaire. L'identité et le rapport au monde se détériorent avec ces représentations incohérentes du corps. Ces-dernières impactent fortement l'autonomie des individus dans leurs quotidiens, dans la dynamique de réinsertion dans laquelle ils tentent de s'inscrire lorsque nous les rencontrons.

De manière générale, les compliments donnés par l'équipe, par Jeanne ou moi-même, provoquent chez les résidents une grande joie qu'ils expriment par diverses manifestations corporelles. Selon moi, ces compliments influencent fortement la représentation affective des résidents sur leurs corps et sur eux-mêmes. Il est indispensable de souligner son importance pour aller pouvoir y être attentif lors de l'accompagnement des résidents. Je

⁴⁸ LESAGE B., (2017), p. 27

m'étonnerais toujours de l'impact émotionnel de ces compliments sur Monsieur B: l'éclat de ses yeux brillants, le large sourire dessiné sur son visage et le ton de sa voix réservé.

Au travers des ateliers en psychomotricité, il s'agit de favoriser cette valorisation en proposant aux résidents d'expérimenter leurs corps, encore empreints de capacités et de compétences souvent oubliées. Par la mise en mouvement corporelle, le sujet est amené à être revalorisé et à se revaloriser soi-même entraînant ainsi une mise en mouvement du psychisme. Lors de ses participations aux ateliers, Monsieur B s'étonnera grandement de ses aptitudes à réaliser les postures. Il me paraît alors primordial de marquer cette découverte en le valorisant lors des séances.

4. Une autonomie difficilement accessible

Par cette façon singulière d'habiter le corps, l'autonomie se trouve appauvrie. Ce manque d'autonomie, qui rappelons-le est la volonté de se donner à soi une loi définie par soi-même, s'exprime sur divers registres chez les résidents : défaut d'autonomie temporelle (prendre des rendez-vous, s'y présenter au moment convenu, anticiper et organiser la semaine), difficultés à prendre soin du corps (quotidiennement et dans les soins médicaux), absence de demande et de désir pour soi.

Dans les propos de C.POTEL, ce lien entre le corps et l'autonomie est clairement exprimé : « Une autonomie bien intégrée ne peut se construire qu'à partir du sentiment d'être soi et celui-ci ne peut naître que de l'appui que l'on trouve auprès d'un autre »⁴⁹. L'acquisition de

⁴⁹ POTEL C., (2010), p. 87

l'autonomie suppose un sentiment de soi suffisamment étayé et stabilisé pour permettre à l'individu de s'approprier son corps et ainsi pouvoir agir de manière autonome sur son environnement. L'autonomie s'intègre véritablement dans une dynamique relationnelle supposée relativement contenantante et sécurisante.

Lorsque la perception de soi est limitée, que la maîtrise du corps est devenue hasardeuse, que le sentiment de soi inscrit dans le temps fait défaut, comment demander à un individu de s'autonomiser dans un processus de réinsertion sociale ? Il me semble qu'un conflit avec la réalité s'observe, que le sujet n'est pas assurément prêt à faire cette démarche psychocorporelle et relationnelle.

Chapitre 3

La psychomotricité, une tentative de réconciliation aux corps

Au sein de cette structure sociale nous avons un statut à part entière. Nous sommes les seules représentantes du soin, les seules représentantes d'un accompagnement corporel régulier. La place de la psychomotricité est à trouver, à prouver et à légitimer auprès d'un système institutionnel qui ne fait pas toujours support. Dans ce propos je développerai la place singulière dans laquelle la psychomotricité s'est construite malgré l'absence de prescription médicale.

1. **Auprès des résidents**

Les résidents n'ont pas toujours semblé comprendre notre place de stagiaires ni celle de la psychomotricité. Malgré tout, un lien s'est construit progressivement entre leurs représentations de la psychomotricité et le travail corporel proposé lors de ce stage. La relation que nous avons entretenue avec eux a été un véritable support pour expérimenter leurs corps. L'exploration proposée aux résidents peut s'apparenter à de la thérapie dans le sens où POTEL C. la présente : « Dans les thérapies, la qualité du lien entre le thérapeute et le patient va constituer le socle de travail »⁵⁰. Pour cela, je pense pouvoir considérer cette relation créée comme un « lien thérapeutique » tissé au fil de l'année.

1.1 La question de la demande

De manière générale, je me suis rendue compte que la demande n'existe pas ou peu chez les résidents rencontrés. Cette demande est d'autant plus absente lorsque le corps est mis en jeu. Parfois, elle semble exister mais reste peu investie en réalité comme cela a pu être

⁵⁰ POTEL C., (2010), p. 317

le cas avec Monsieur G. J'ai pu observer des discours plaqués, parfois fictifs que j'estime comme le reflet de fonctionnements en faux-self. Comment penser alors un suivi en psychomotricité sans demande explicite ? Ce questionnement a été central tout au long de ce stage. Dans ce cadre singulier, il s'agit selon moi de créer la demande ou du moins de la motiver. Dans cette lutte pour la survie, grand nombre de résidents ont pu perdre toute notion de désir. L'accompagnement en psychomotricité me paraît alors être une invitation à (re)trouver ses propres désirs et à les exprimer.

Seulement, sans demande et sans cadre de soin comment définir les axes psychomoteurs intéressants à solliciter pour pouvoir correspondre au mieux aux besoins ? A la suite de réflexions et de discussions diverses, Jeanne et moi-même avons choisi de créer un bilan d'observation selon les différents items psychomoteurs (voir annexe 3). Cette grille d'observation nous a permis de percevoir la dynamique psychocorporelle de chaque personne rencontrée. A partir de cela, nous avons pensé les deux ateliers présentés au début de ce mémoire. Tout au long de l'année, les ateliers psychomoteurs ont été les seules activités hebdomadaires. Nous avons essayé de conserver au maximum l'organisation spatiale et temporelle, parfois impactée par le système institutionnel nous le verrons ci-après, afin de proposer un cadre stable et sécurisant. Cette continuité instaurée a été un pilier dans l'accompagnement en psychomotricité proposé aux résidents. Il a pu permettre de marquer le temps, de marquer les événements de vie de chacun et de créer une relation thérapeutique durable.

1.2 Un accompagnement d'individus en marge des normes de la société

Selon moi, l'essence même de la psychomotricité est celle de soutenir le sujet dans le développement de son potentiel propre en dehors de toute norme sociale conventionnée. Ce stage en centre d'hébergement d'urgence est l'expression même de cette conception de la psychomotricité. Les ateliers psychomoteurs que nous avons mis en place se sont évertués à renforcer le Moi des sujets et à favoriser l'investissement des jeux transitionnels pour permettre aux résidents de « créer leurs vies ». Ainsi, dans une dynamique plus globale, la psychomotricité peut soutenir l'acquisition de l'autonomie nécessaire à l'individu pour pouvoir aller vers la (ré)insertion sociale. Cet accompagnement est à poursuivre et nécessiterait de se réaliser sur une temporalité plus importante. Néanmoins des évolutions, même modestes, ont pu s'observer au fil de cette année.

1.3 Objectifs psychomoteurs principaux

Face à une destructivité corporelle importante, notamment chez Monsieur B et Monsieur G, la psychomotricité tente de proposer un vécu corporel différent de leurs comportements symptomatiques singuliers. La précarité et les addictions peuvent, comme nous l'avons vu précédemment, amoindrir la perception du corps. Par l'intermédiaire de la conscience corporelle et de la stimulation sensorielle, mon objectif premier était de pointer les sensations corporelles et les états vécus par les résidents. Selon ZUCCA S., dans cette clinique de la précarité existe la « nécessité de réapprendre à poser des points de contraste dans l'espace sensitif »⁵¹.

⁵¹ ZUCCA S., (2007), p. 97

Il s'agit parfois d'induire simplement une intention de perception de soi pour permettre une amorce de mise en pensées du corps. Les apports de BION W., sont un support pour penser ce travail de représentation. « La fonction Alpha est la capacité de la mère à accueillir les impressions sensorielles et les émotions exprimées par l'enfant à l'état brut, qu'il nomme éléments Bêta, pour les transformer en éléments Alpha. »⁵². Cette fonction, première forme de travail de représentation, peut être transposée à la relation entre le patient et son thérapeute, entre le résident et nous, stagiaires psychomotriciennes.

Comme le souligne JAQUET C., « Exister c'est être perçu »⁵³. L'accompagnement en psychomotricité permet un espace où les individus peuvent exister, un espace de (re)construction des limites psychocorporelles pour les rendre plus tranquilles, plus sécurisantes. Un travail psychocorporel permet au sujet d'éprouver un rapport au temps et à l'espace de manière subjective. Il propose un « éprouvé d'une permanence de soi »⁵⁴. Cela a pu participer me semble-t-il, aux évolutions de Monsieur G et Monsieur B à différents niveaux, notamment sur le plan médicosocial et relationnel.

Les diverses propositions lors des ateliers psychomoteurs ont cherché à modifier les représentations affectives du corps par un travail de conscience corporelle, « un travail des représentations du corps relié »⁵⁵. Cette médiation influence la perception globale de soi et la revalorisation de l'individu indispensable aux vues des problématiques psychocorporelles en jeu chez Monsieur B et Monsieur G. Les représentations des résidents entre eux ont également été remaniées. Les nombreux échanges durant les

⁵² SCIALOMP., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2015), p. 331

⁵³ JAQUET C., (2014), p. 41

⁵⁴ LESAGE B., (2017), p. 34

⁵⁵ Ibid., p. 27

ateliers en psychomotricité ont permis de créer secondairement un espace de rencontre où il est possible de partager avec un Autre éloigné de soi, parfois effrayant.

L'édification de ce stage a pris du temps. Cette temporalité étendue a pu parfois limiter la temporalité de nos accompagnements. L'institution s'est doucement habituée à notre présence et a laissé progressivement une place à la psychomotricité, place qu'il est encore nécessaire de consolider.

2. Au près de l'institution et de l'équipe

Au départ de ce stage, j'ai pu avoir l'impression qu'il était nécessaire de prouver l'intérêt de la psychomotricité sur le terrain. Une partie de l'équipe a pu montrer quelques réticences quant à notre capacité d'accompagnement de certains résidents pouvant présenter des troubles psychiatriques et/ou des addictions. Ces craintes se sont dissipées à partir du milieu de l'année, lorsque l'équipe a constaté les effets sur les résidents, plus apaisés. Dès lors une relation de confiance a pu s'installer entre le corps social et nous-mêmes, seules représentantes permanentes du corps paramédical. Lors des entretiens sociaux individuels les référents ont alors pu promouvoir les ateliers en psychomotricité et nous permettre ainsi de rencontrer davantage de personnes du CHUS.

2.1 Une clinique déstructurante

Il faut reconnaître que l'accompagnement d'individus déstructurés peut être déstructurant pour l'équipe professionnelle qui les accompagne. Il peut mettre à mal tout un système qui,

s'il manque de solidité, peut rompre rapidement. L'équipe socioculturelle m'a paru noyée par le système institutionnel tantôt défaillant, débordant et discontinu. Les nombreux changements (démissions, mutations, nouveau chef de service) ont pu limiter la disponibilité des éducateurs socio-éducatifs envers les résidents. La structure ne semble pas suffisamment contenante, elle n'assure que partiellement la continuité dont ont besoin les individus en reconstruction.

Le logement peut être considéré comme une enveloppe réelle qui, une fois retrouvée pourrait permettre au sujet d'aller vers davantage d'autonomie. Seulement, une réalité toute autre limite cette reconstruction spatiale et psychique du sujet. L'appropriation des différents espaces est limitée, limitée par le système institutionnel (clauses du contrat d'entrée dans le CHUS) mais aussi par les résidents eux-mêmes. Ce manque de disponibilité s'est également manifesté envers la psychomotricité. Malgré nos sollicitations, l'équipe n'a pas participé aux ateliers psychomoteurs. Toujours en retrait, en position d'observateur, l'engagement corporel du corps social s'est montré relativement pauvre ce qui me signifie la spécificité certaine de ma future profession.

2.2 Une volonté de pluridisciplinarité

Ne participant pas aux réunions d'équipe, un regard pluridisciplinaire a souvent pu manquer. Néanmoins, en allant solliciter les référents sociaux de Monsieur G et Monsieur B nous avons pu avoir ponctuellement le point de vue et les perspectives éducatives en jeu pour ces deux résidents. La pluridisciplinarité est pour moi une source de richesse appréciable dans l'accompagnement de tout individu car, lorsqu'elle est investie, elle peut nettement améliorer la qualité de cet accompagnement. Dans cette dynamique, les

transmissions écrites ont été une tentative de pallier ce défaut de communication. Les nombreux échanges lors des temps informels ont permis de prendre connaissance des évènements de la semaine passée et de transmettre les observations psychomotrices des résidents rencontrés. Une partie de l'équipe est désireuse d'échanges pluridisciplinaires au sujet des résidents, notamment des résidents les plus agités, les plus difficiles. Seulement, j'ai parfois le ressenti que cette demande est ambivalente. D'une part notre projet est valorisé et validé par le système institutionnel, de l'autre ce même système ne nous donne pas pleinement les moyens d'agir. Plusieurs fois nous avons dû faire face à des changements brusques dont nous n'avions été informées (changements de salle, fermeture du CHUS, matériel non disponible) ce qui a mis à rude épreuve nos capacités d'adaptation et l'accompagnement des résidents.

Durant ce stage expérimental, la psychomotricité a pu faire sa place de manière complètement autonome et relativement dépendante des contraintes institutionnelles du CHUS rendant parfois la démarche escarpée. Certaines de nos requêtes ont été entendues, d'autres pas du tout. Néanmoins, je pense sincèrement que la psychomotricité s'est progressivement inscrite dans le paysage de la structure. Cette place récemment trouvée nécessite encore à être consolidée et approfondie.

3. En tant que stagiaire psychomotricienne

Ce stage m'a permis d'asseoir mon observation psychomotrice et ma posture de future professionnelle tout en exerçant grandement mes capacités d'adaptation.

3.1 Un cadre à penser, à construire

Loin des circonstances habituelles d'un suivi en psychomotricité, le cadre s'est appuyé sur les conditions du dispositif, sur celui instauré par le binôme que nous avons formé Jeanne et moi-même mais aussi sur nos cadres respectifs. Après un temps d'accordage, j'ai pu trouver ma place dans ce duo et ainsi, nous avons pu ensemble construire notre cadre commun. Par ce stage, j'ai pu pleinement saisir les enjeux de l'existence d'un cadre personnel en tant que future professionnelle. Ne pouvant m'appuyer que très peu sur le cadre institutionnel, j'ai dû construire mon propre cadre interne permettant de structurer la relation aux résidents de manière stable et cohérente. Au-delà du cadre « classique » en psychomotricité en place dans une structure de soin, cette problématique s'est dessinée dès les premières rencontres avec les résidents. Comment se présenter en tant que stagiaire auprès des résidents ? Comment instaurer des limites relationnelles claires pour ne pas se laisser déborder ?

Dans certaines situations, j'ai pu sentir que les résidents pouvaient être à la limite de la séduction. En dépit de mon physique de jeune femme, j'ai dû affirmer mon cadre personnel ce qui m'a permis de maintenir une relation thérapeutique. Les médiations utilisées et le cadre spatio-temporel ont été de véritables supports sur lesquels je pouvais m'appuyer pour préciser les limites de la relation. De plus, mon binôme a permis la présence régulière d'un tiers limitant ainsi toute relation privilégiée ambiguë. A l'inverse, dans d'autres situations, ces projections ont été pour moi un support de relation thérapeutique ce qui a été le cas avec Monsieur B qui semblait parfois m'assimiler à sa petite-fille.

Mon cadre temporel interne s'est également trouvé perturbé. De la même manière que les troubles temporels d'un grand nombre de résidents, ma propre temporalité a été

déstabilisée. Lors de cette journée de stage hebdomadaire, j'ai régulièrement eu l'impression de perdre la notion du temps, de percevoir indistinctement les moments de la journée ou de vivre plusieurs journées en une seule.

3.2 Un investissement professionnel et émotionnel singulier

Aux vues des problématiques psychocorporelles conséquentes des deux résidents, il a été indispensable d'être sensible aux moindres signes d'évolution comme par exemple l'achat d'une chaise pour faire la manche de Monsieur G ou l'appropriation nouvelle de Monsieur B d'un espace commun. Selon moi, malgré les grandes ambitions que nourrit le professionnel pour son patient, il s'agit d'avoir pour cette population une multitude d'objectifs intermédiaires à atteindre. Ces nombreux paliers sont indispensables pour avancer au rythme du résident tout en lui laissant l'autonomie de ce travail thérapeutique. Ils constituent de véritables avancées pour le résident qui ne l'oublions pas est solidement ancré dans un fonctionnement psychocorporel symptomatique.

Les évolutions relatives des deux résidents n'ont pas impacté le sentiment d'empathie initial éprouvé tout au long de ce stage. Qualifié plus précisément de « préoccupation empathique »⁵⁶ par CORRAZE J. ma volonté d'accompagner l'autre pour atténuer sa souffrance, qu'elle soit psychique et/ou corporelle, est à différencier il me semble de la contagion émotionnelle dès lors néfaste pour la thérapie. Il s'agit d'appréhender l'autre dans sa dimension affective et morale tout en conservant sa propre altérité. A travers cette expérience, j'ai appris à distancer les évènements passés de mes ressentis émotionnels.

⁵⁶ SCIALOMP., GIROMINI F., ALBARET J.-M.. (2015), p. 346

Face au système institutionnel défaillant, j'ai parfois pu traverser de vives émotions, des incompréhensions considérables pour lesquelles il m'était parfois difficile de prendre du recul. Une fois encore, mon binôme a été un véritable support de distanciation et d'élaboration de ces vécus pour permettre un meilleur accompagnement des résidents.

L'accompagnement de cette population en psychomotricité a été pour moi une expérience humaine authentique et sincère. J'ai pu apprendre des nombreux résidents rencontrés, tant au niveau professionnel que personnel. J'ai découvert les difficultés et les potentiels d'une institution sociale qu'il est nécessaire de repenser pour permettre aux individus de retrouver une place dans la société. Je suis convaincue que cette place peut s'éprouver par le travail psychocorporel que propose la psychomotricité et permettre un regard nouveau et différent sur chaque résident. Certains résidents ont d'ailleurs pu s'autoriser et se saisir de cette expérimentation corporelle pour évoluer au sein du CHUS.

Conclusion

A partir de l'observation et de l'accompagnement en psychomotricité de Monsieur G et de Monsieur B, nous avons pu explorer les dynamiques psychocorporelles en jeu. Les histoires de vie de précarité et d'addiction, déstructurées et discontinues, ont considérablement impacté les corps. La restitution d'un logement ne peut définitivement pas constituer l'unique réponse à ces problématiques multiples.

La démarche thérapeutique qui a été la nôtre, a tenté d'éclairer les sujets sur leurs dynamiques psychocorporelles propres afin qu'ils puissent trouver des ressources corporelles et ainsi, accéder à l'autonomie nécessaire. Même si le chemin de cette reconquête corporelle reste long, les résidents ont pu se reconnecter un peu plus à eux-mêmes. Le corps, véritable véhicule de l'être au monde, semble mieux habité physiquement et psychiquement par les résidents. Il leur permet d'investir plus largement les relations, de se tourner vers les autres, vers les résidents du CHUS, vers les membres de l'équipe sociale et culturelle. J'aurai souhaité poursuivre ce travail psychomoteur avec les résidents rencontrés en explorant davantage le versant relationnel par l'accordage tonique et émotionnel dans un groupe thérapeutique fermé, s'il est possible de le penser comme tel.

Cette aventure humaine et professionnelle m'a grandement permis de développer mon identité en tant que future psychomotricienne. Elle m'a beaucoup appris de l'Autre, dans sa richesse culturelle et dans son histoire de vie dont le corps en est le témoin direct. A l'avenir, j'espère pouvoir accompagner et approfondir mes réflexions psychomotrices sur cette clinique passionnante.

Ouvrages :

ALBARET J-M., SCIALOM P., GIROMINI F., (2018), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 4: Sémiologie et nosographies psychomotrices*, De Boeck Supérieur.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Éditions Heures de France.

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

BULLINGER A., (2004), *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

BOIVIN M-D., DE MONTIGNY J-M., (2002), *La réinsertion sociale en toxicomanie : Une voie à découvrir ?*, Montréal, Bibliothèque Nationale du Québec.

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

COEMAN A., RAULIER H DE FRAHAN M., (2005), *De la naissance à la marche : les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe.

CROSSMAN S., BAROU J-P., (2000), *Tibet, la Roue du temps : pratique du mandala*, Arles, Actes Sud.

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

DAMASIO A. R., (2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.

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

FELDMANN G., (2011), *Les addictions*, Paris, Armand Colin.

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

GOFFMAN E., (1968), *Asiles*, Paris, Editions Minit.

JAQUET C., NEVEU P., PIREYRE E., SAINTE MAREVILLE F., SCIALOM P., (2014), *Les liens corps esprit, Perspectives croisées à partir de cas cliniques*, Paris, Dunod.

LE BRETON D., (2002), *L'adolescence à risque*, Paris, Autrement.

LESAGE B., (2017), *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Editions Erès.

PIREYRE E., (2015), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C., (2010), *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Editions Erès.

Rousseau J.-J., (1761), *La nouvelle Héloïse*, Paris, Flammarion.

SAMI ALI, (2004), *De la projection, une étude psychanalytique*, Paris, Dunod.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : concepts fondamentaux*, Paris, De Boeck Solal.

WINNICOTT D.-W., (1986), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

ZUCCA S., (2008), *Je vous salue ma rue*, Paris, Stock.

Articles :

LE BRETON, (2014), « Le corps entre significations et informations », in *La Revue*, numéro 6, Paris, Editions Hermès-Lavoisier.

GAILLARD BOSSON M., (2017), « Faire émerger une demande d'aide chez la personne accueillie en CHRS », In *Empan*, numéro 106, Toulouse, Editions Erès.

FOUQUET P., (1951), « Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme », In *Evolution psychiatrique*, Paris, Elsevier, p. 231-251.

BULLINGER A., (1997), « Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensorio-tonique », In *Journal Société suisse de pédagogie curative*.

Essais :

Winnicott D., (1960), « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self », In *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot

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.

PEGON G., (2011), *Le traitement clinique de la précarité, Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care, L'exemple de Carrefour Santé Mental Précarité du département de l'Ain*, Thèse de doctorat en Anthropologie et en Sociologie, Université Lumière Lyon 2.

Autres sources bibliographiques :

GAFFIOT F., (1934), Dictionnaire latin français, Hachette.

Intervention Théorico-clinique, Corps et addictologie, (2018), CONSTANT A., 2^e année, IFP Paris.

Intervention Théorico-clinique, Troubles des conduites addictives, (2018), EXPOSITO C., 3^e année, IFP Paris.

MAIRIE DE PARIS, (Mars 2019), La Nuit de la Solidarité 2e édition (7 et 8 février 2019) : Bilan et perspectives.

ANNEXES

Grille d'observation
Maéva et Jeanne / Psychomotricité

Langage (Qualité du verbal, cohérence du discours)
Relation et rapport au groupe
Distance relationnelle :
Réaction face au regard de l'autre :
Positionnement par rapport au groupe :
Posture
Chaines musculaires :
Capacité de modulation de la posture :
Verticalité :
Appuis :
Mouvement
Qualité de mouvement (flux, poids):
Engagement corporel :
Coordinations :
Qualité de la marche :

1

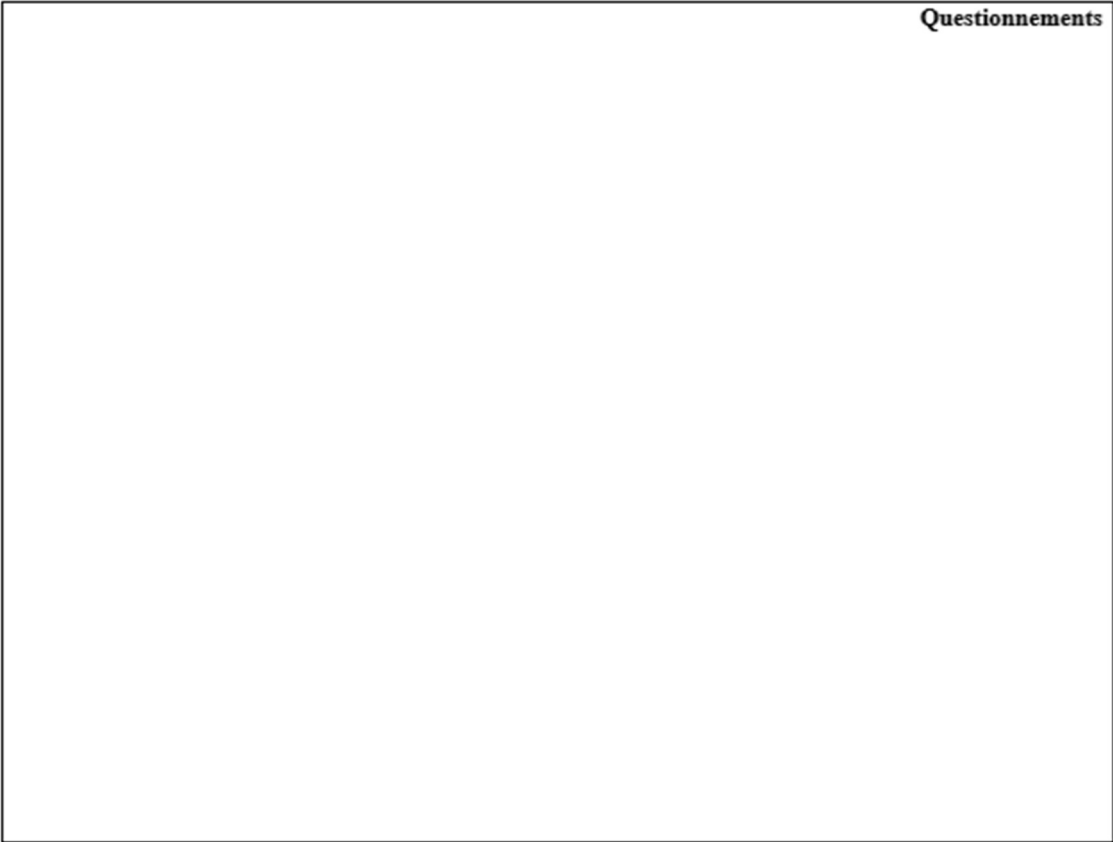
1- GRILLE D'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE, N° 1

Grille d'observation
Maéva et Jeanne / Psychomotricité

Tonus	
Tension et rigidité de posture :	
Capacité de modulation tonique :	
<input type="checkbox"/> Hypotonie globale	
<input type="checkbox"/> Hypertonie globale	
Réactions tonico-émotionnelles :	
Emotions	
Stratégie misent en place/gestion :	
Réaction de contenance/prestance :	
Rapport au temps	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous manqué	
Espace	
Investissement du logement proposé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Errance ou déambulation	
Manière de s'approprier son espace :	
Enveloppes (Vêtements, Tatouages, Peau)	

Grille d'observation
Maéva et Jeanne / Psychomotricité

Perception de soi – Image du corps
Sensoriel
Capacité d'adaptation au changement
Centres d'intérêt
Anamnèse
Situation de famille :
Environnement et conditions de vie :
Mesures judiciaires, administratives ou sociales :
Antécédents médicaux/familiaux/ personnels :
Appareillages :
Addiction éventuelle :





5- ATELIER « UN TEMPS POUR SOI » : ENTREE DE L'ESPACE DEDIE



6- ATELIER « UN TEMPS POUR SOI » (VUE DU COTE DROIT)



7- ATELIER « UN TEMPS POUR SO » (VUE DE COTE GAUCHE)



8- ATELIER « UN TEMPS POUR SOI » : MANDALAS

RESUME

Dans notre société française, de plus en plus de personnes sont entraînées dans des situations de grande précarité. Les processus de survie influencent considérablement le fonctionnement d'individus souvent déjà fragilisés par une histoire corporelle chancelante. Ce mémoire propose d'explorer les dynamiques psychocorporelles observées chez des personnes ayant retrouvé un logement après plusieurs années de vie à la rue. Nous verrons que cette réinsertion doit se faire à plusieurs niveaux notamment par une exploration corporelle nouvelle. Il s'agira de questionner la place que la psychomotricité peut avoir dans une structure sociale singulière, dans ses limites comme dans ses perspectives.

Mots-clés : Psychomotricité – Addiction – Précarité – Réinsertion sociale – Destructivité corporelle – Autonomie – Corps – Enveloppes

SUMMARY

In French society, more and more people have to face precarious situations. Survival process hugely influence the behaviour of individuals who are often already weakened by a fragile body history. This thesis intends to study psychomotor dynamics observed in former homeless people who found a proper accommodation after several years spent on the streets. Then, we'll see that this social rehabilitation should be carried out at different levels, especially by a new approach on body exploration. This dissertation will raise the question of the potential role that psychomotricity can play in a specific social structure, in its limitations as its perspectives.

Keywords: Psychomotricity – Addiction – Precariousness – Social rehabilitation – Body destructiveness – Autonomy – Body – Envelopes