



HAL
open science

Entre exclusion et inclusion, le Centre d'Hébergement d'Urgence : emprunter cet intervalle et tenter de s'y inscrire : l'inscription du soin psychomoteur dans un hébergement social à destination des plus précaires.

Pauline Goudier, Léonie Pignon

► To cite this version:

Pauline Goudier, Léonie Pignon. Entre exclusion et inclusion, le Centre d'Hébergement d'Urgence : emprunter cet intervalle et tenter de s'y inscrire : l'inscription du soin psychomoteur dans un hébergement social à destination des plus précaires.. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293938

HAL Id: dumas-03293938

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293938>

Submitted on 21 Jul 2021

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.

**Entre exclusion et inclusion, le Centre d'Hébergement d'Urgence :
emprunter cet intervalle et tenter de s'y inscrire.**

L'inscription du soin psychomoteur dans un hébergement social
à destination des plus précaires.

Mémoire présenté par Pauline Goudier et Léonie Pignon
en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien

REMERCIEMENTS

Ce processus d'écriture n'aurait pu se faire sans le soutien essentiel de nombreuses personnes que nous souhaitons remercier de tout cœur :

Merci avant tout aux résidents et à l'équipe du centre pour votre curiosité envers la psychomotricité et votre confiance. Merci Michèle pour le rayon de soleil que tu apportes dans tes ateliers socio-esthétiques et pour nous y avoir incluses.

Merci Leïla et Béranger pour votre disponibilité et vos précieux conseils, pour nous avoir aidées à rédiger et nous questionner au-delà du mémoire.

Merci Mélisande Le Corre pour votre disponibilité mensuelle et vos réflexions indispensables pour mener à bien ce stage. Merci Cécile Sellincourt pour votre écoute et les autres professeurs de l'IFP pour leur enseignement de qualité.

Merci Emmanuelle, Amandine, Jason et Margaux nos maîtres de stage d'autres horizons, pour nous avoir soutenues durant cette dernière année. Nous vous remercions de nous avoir encouragées à cheminer vers notre posture professionnelle.

Merci à nos parents, nos frères et sœurs et Guillaume pour votre soutien et votre patience, lorsque nous ne pouvions nous arrêter de parler de psychomotricité. Merci pour votre intérêt et pour avoir profité de notre apprentissage en devenant cobayes de relaxation.

Merci à nos amies fidèles pour nos éclats de rire, nos instants de partage. Merci à toi, Marjorie d'être la troisième bouclette de notre trio dont personne ne peut égaler les pas de danse.

Merci Christine Kuhn, pour nous avoir poussées à déployer notre curiosité, et ouvrir nos yeux et nos cœurs au monde de la littérature et au-delà. Ne vous inquiétez pas, Léonie est là pour rappeler les règles d'orthographe à Pauline.

Merci à toi, mon binôme ! La liste est longue mais retenons ta sincérité, ta confiance sans faille, ton autodérision, ton amitié, tes incontournables appels matins et soirs, ta complémentarité, etc.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
--------------	---

Chapitre 1 : Le Centre d'Hébergement d'Urgence et la psychomotricité	8
---	----------

I- L'ORGANISATION D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE	9
--	----------

1. Rencontre d'un public	9
---------------------------------	----------

<i>1.a. La précarité</i>	9
--------------------------	---

<i>1.b. Le public accueilli au centre</i>	11
---	----

2. Un Centre d'Hébergement d'Urgence et de stabilisation	13
---	-----------

<i>2.a. Une structure chargée d'histoire</i>	13
--	----

<i>2.b. Un lieu délimité</i>	14
------------------------------	----

<i>2.c. Un temps de l'urgence</i>	15
-----------------------------------	----

<i>2.d. Gestion de la structure</i>	17
-------------------------------------	----

3. Entre lieu d'hébergement et institution	18
---	-----------

<i>3.a. Accompagnement social des hébergés</i>	18
--	----

<i>3.b. Une structure tenue par un cadre</i>	20
--	----

<i>3.c. Prendre soin des hébergés dans une structure sociale</i>	22
--	----

II- DÉMARCHE D'IMPLANTATION EXPÉRIMENTALE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE	24
---	-----------

1. Premiers pas, premiers questionnements	24
--	-----------

<i>1.a. Entre premières observations et participations informelles</i>	24
--	----

<i>1.b. Présenter la psychomotricité dans un Centre d'Hébergement d'Urgence</i>	27
---	----

2. Apport du paramédical dans une structure sociale	29
--	-----------

<i>2.a. Mise en place d'un projet explicité à l'équipe</i>	29
--	----

<i>2.b. La question de la demande</i>	31
---------------------------------------	----

<i>2.c. Faire face aux difficultés de mobilisation</i>	33
--	----

3. Création d'un dispositif d'accompagnement en psychomotricité	34
--	-----------

<i>3.a. Un cadre interne à la fois « adaptable et contenant »</i>	34
---	----

<i>3.b. Création d'un espace pour la psychomotricité</i>	36
--	----

Chapitre 2 : Lectures d'organisations psychocorporelles singulières	
intégrées dans le temps et l'espace	39

I- PRÉAMBULE : PRÉSENTATION DE DEUX RÉSIDENTS	40
--	-----------

1. Salima	40
------------------	-----------

<i>1.a. Histoire de vie : de son pays natal à un CHU parisien</i>	40
---	----

<i>1.b. Le bilan</i>	41
----------------------	----

2. Bernard	43
-------------------	-----------

<i>2.a. Histoire de vie : la perte et les racines</i>	44
---	----

<i>2.b. Le bilan</i>	44
----------------------	----

II- LE CORPS, L'ESPACE ET LE TEMPS	46
---	-----------

1. Un rapport à l'espace modifié	47
---	-----------

<i>1.a. L'espace et le schéma corporel, deux notions imbriquées</i>	47
---	----

<i>1.b. S'installer dans un espace partagé</i>	48
--	----

<i>1.c. Essayer de se sentir comme chez soi</i>	50
---	----

2. Un rapport au temps bouleversé	53
--	-----------

<i>2.a. Temps objectif, temps subjectif</i>	53
---	----

2.b. Influences du passé sur le fonctionnement psychocorporel	55
2.c. <i>Retranscrire le passé à défaut de s'inscrire dans le présent</i>	57
2.d. <i>Difficultés d'inscription dans le temps présent</i>	59
2.e. <i>Se projeter dans un futur rêvé et incertain</i>	62
III- LE CENTRE D'HÉBERGEMENT COMME ENVELOPPE INSTITUTIONNELLE PRENANT SOIN DE SES RÉSIDENTS	64
1. La sensorialité au service de l'enveloppe spatiale et temporelle	64
1.a. <i>Point théorique sur l'enveloppe</i>	64
1.b. <i>Une enveloppe spatiale</i>	65
1.c. <i>Une enveloppe temporelle</i>	68
2. La maternalisation	70
2.a. <i>Une enveloppe institutionnelle ?</i>	70
2.b. <i>L'institution comme support aux identifications primaires</i>	71
Chapitre 3 - Discussion	74
1. Les limites	75
1.a. <i>Une Difficulté à rendre accessible l'autonomie</i>	75
1.b. <i>Nos Perspectives</i>	77
2- Notre vécu comme stagiaires du paramédical dans une structure sociale	79
2.a. <i>Faire face à la réalité</i>	79
2.b. <i>S'adapter à la temporalité du CHU</i>	80
2.c. <i>La situation sanitaire</i>	80
3- Notre pratique remise en question	81
3.a. <i>Notre pratique</i>	81
3.b. <i>Notre place</i>	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES	90

INTRODUCTION

Ce mémoire retrace le parcours de réflexion d'un binôme, dont l'histoire débute avant le stage au Centre d'Hébergement d'Urgence. Tout commence par une rencontre dans une classe préparatoire aux concours d'entrée aux écoles de psychomotricité. Un lien se tisse par les mêmes sensibilités, les mêmes intérêts, les différences qui attirent et les diverses expériences partagées. Puis l'histoire continue, au sein de la même école. La découverte de la psychomotricité questionne et resserre les liens autour de nombreux débats. Parallèlement, ce binôme de province découvre la vie parisienne avec des yeux ébahis. Paris, riche en Histoire, en architectures diverses. Paris, traversée par des flots incessants de personnes plus ou moins pressées. Et puis, Paris et sa face cachée, pourtant visible aux yeux de tous. Des personnes allongées dans les couloirs du métro, emmitouflées dans de nombreuses couches de sacs de couchage et de manteaux, des personnes qui interpellent le reste du monde dans les rames. Ces personnes qui semblent parfois invisibles aux yeux pressés, peut-être habitués. Ces premières observations nous ont finalement réunies à nouveau, dès la première année d'étude, autour de nombreuses et vastes questions. Pourquoi ? Comment est-ce possible ? Comment vivent-ils cette forme d'invisibilité ? Nous avons souhaité explorer de plus près cette grande précarité qui est venue rencontrer notre quotidien pendant ces trois années d'études. La proposition de ce stage expérimental au sein d'un Centre d'Hébergement d'Urgence a ouvert la porte à la poursuite de nos réflexions, cette fois-ci avec notre loupe de futures psychomotriciennes. La particularité de ce stage a été l'absence de psychomotricien et de professionnel de santé au sein de la structure. Nous n'avions donc pas de maître de stage. Néanmoins, nous étions en lien avec une psychomotricienne extérieure à cette structure pour une supervision mensuelle. Ce centre accueille des personnes en situation de grande précarité pour une durée temporaire, en attendant une solution plus pérenne. Les personnes hébergées bénéficient d'une aide qui les fera cheminer vers un logement ou une structure de réinsertion davantage adaptée.

Nos questionnements ont émergé à notre arrivée au centre, en lien avec nos innombrables observations. Nous nous sommes longuement questionnées sur l'inscription dans le Centre d'Hébergement d'Urgence. En effet, dans quelle mesure peut-on s'y inscrire ? Nous essayerons de répondre à cette question centrale en nous interrogeant sur divers types d'inscription : Comment les résidents peuvent-ils s'inscrire dans un Centre d'Hébergement d'Urgence ? Dans quelle mesure l'inscription du soin psychomoteur dans une structure sociale est-elle possible ?

Revenons sur ce terme qui nous a si longuement questionnées. L'inscription renvoie à l'action de graver un nom ou toute autre indication à conserver. Cette empreinte est indélébile, comme une trace que l'on pourrait retrouver à tout moment. Par ailleurs, le corps semble être support de l'empreinte du temps qui passe, du vécu de la personne. Il est d'après C. POTEL, une « *métaphore du monde, [qui] porte en lui l'inscription d'une histoire, individuelle et groupale* ». La pénibilité de la rue semble confronter le corps à ses limites, des limites parfois marquées par les stigmates d'un vécu douloureux. De quelle manière le passé s'inscrit-il dans les corps des résidents que nous rencontrons au fil de notre stage ? Comment l'institution peut-elle faire réparation ou bien accompagner le plus justement ces vécus douloureux ? Pour s'inscrire quelque part, il semble nécessaire de s'imprégner de la spatialité et de la temporalité du lieu. Le lieu qui nous intéresse ici est le Centre d'Hébergement d'Urgence. Il peut être vécu comme un intervalle entre l'exclusion et l'inclusion sociale. Nous avons choisi le terme intervalle, synonyme à une parenthèse ou un entre-temps, puisqu'il évoque à la fois les dimensions spatiales et temporelles, qui seront largement explorées dans notre écrit. L'intervalle est précisément « *l'espace de temps entre deux instants* » (LAROUSSE, s.d.). Comment avons-nous pu inscrire le soin, dans cet intervalle que constitue ce centre social ? Le processus de soin en psychomotricité requiert de s'engager sur du long terme, de prévoir d'y participer régulièrement. Mais la précarité renvoie principalement, d'après P. CINGOLANI (2005) à « *ce dont l'avenir, la durée, la solidité [ne sont] pas assuré[s], à ce qui est instable et incertain (...)* ». Alors, de quelle manière les quelques résidents que nous avons rencontrés se sont-ils inscrits dans un dispositif de soin en psychomotricité ? Comment avons-nous dû aménager notre approche pour qu'elle soit accessible ?

Au fil de notre réflexion clinico-théorique, nous essayerons de réfléchir à l'inscription dans un Centre d'Hébergement d'Urgence. Pour répondre à cette réflexion et comprendre la clinique observée, nous nous sommes penchées sur divers champs disciplinaires ayant étudié la question de la précarité, ce que la rue fait vivre à l'individu, ou bien sur la question de la place de l'inscription spatio-temporelle de ces personnes dans le soin. Pour alimenter nos réflexions, nous sommes repassées par des fondamentaux du développement de l'enfant. Le propos de ce mémoire sera structuré par trois chapitres. Le premier fera la présentation du Centre d'Hébergement d'Urgence et des personnes accueillies ainsi que notre démarche d'implantation expérimentale de stagiaires. Le deuxième chapitre apportera l'aspect clinique de nos observations et réflexions sur l'inscription de deux résidents dans le soin proposé. Enfin, une discussion clôturera le mémoire autour de ce qui pourrait encore être à questionner.

Chapitre 1 :

Le Centre d'Hébergement d'Urgence et la psychomotricité

I- L'ORGANISATION D'UN CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE

1. Rencontre d'un public

1.a. La précarité

Un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) permet la mise à l'abri immédiate, offre le couvert et permet l'hygiène et l'accès à des prestations sociales, médicales ou psychiques. L'accueil y est inconditionnel et pour une durée indéterminée jusqu'à ce qu'une orientation soit proposée à la personne accueillie. Au Centre d'Hébergement d'Urgence est accueillie toute personne en situation de grande précarité. R. PIERRET (2013) la définit comme « *la privation, la rupture du lien social* ». Nous pouvons alors nous questionner sur cette notion de lien social. Il semble être ce qui rattache l'individu à la société et lui confère un sentiment d'appartenance. L'Homme peut échanger avec ses pairs, faire partie de la *Cité*, terme grec faisant référence au lieu où se déroulaient les échanges, le commerce et les décisions concernant le quotidien des habitants. L'Homme a toujours vécu en communauté et il semble difficile de survivre sans elle. WINNICOTT (1969, p. 198-202) démontre qu'« *un bébé seul (...) n'existe pas* ». Il en est de même pour l'adulte qui ne peut être privé du lien qui l'unit à ses pairs. Le lien social semble lui être nécessaire pour alimenter son « *sentiment continu d'exister* » à travers les échanges verbaux et corporels avec les autres (*Ibid.*). Ce sentiment naît et se nourrit des expériences entre le sujet et son environnement lui permettant de comprendre qu'il est un être différencié des autres, qui agit et interagit avec son environnement. Parmi les liens qui rattachent l'Homme à la société, il y a d'abord les liens familiaux le reliant par filiation sanguine à des membres constituant sa famille. Cette filiation induit une obligation de lien et confère dès lors à la personne un sentiment d'appartenance. Puis viennent les liens amicaux et amoureux que chacun choisit de manière inconsciente, en fonction de ses affinités et de ses expériences. Enfin, l'individu est lié socialement par le biais de son travail, de ses études, de ses recherches. Ainsi par tous ces liens, il nourrit constamment un sentiment de partage d'idées, d'objectifs et de lignes de conduite avec autrui.

Parallèlement, l'Homme va posséder des objets concrets qui le lient à la société, c'est ce que J. FURTOS (2007) nomme « *objet social* ». Ces objets, comme l'emploi, l'argent, la retraite, le logement, les biens, les diplômes, offrent une certaine sécurité à l'individu et permettent des relations. Pour résumer, l'objet social procure à la fois un « *statut* » et des « *liens* ». Or, nous ne possédons pas toujours ces objets. J. FURTOS explique qu'« *on peut les*

avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer ». La précarité se trouverait alors à un moment où ces objets se voient disparaître progressivement. Comment ces objets peuvent-ils se perdre ? Qu'est-ce que ces pertes peuvent provoquer chez la personne ?

Nous pouvons dès lors nous demander comment les hébergés peuvent se réinsérer après avoir perdu ces objets garantissant le lien social. Tous les Hommes naissent vulnérables parce que dépendants des besoins de base garantis par l'environnement. Mais cette précarité des premiers instants de la vie se montre constitutive car elle permet à l'enfant d'aboutir à une « *triple confiance* ». En effet, l'enfant va peu à peu faire confiance en l'autre qui satisfera ses besoins. Ensuite, il deviendra lui-même confiant, en comprenant qu'il a de la valeur aux yeux d'autrui qui se préoccupe de ses besoins. La troisième confiance est celle en l'avenir puisque l'enfant sait que plus tard, en situation de détresse, l'environnement prendra soin de lui. Cependant, cette précarité normale et constitutive peut être aggravée et susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance. Pour J. FURTOS (2007), la précarité se définit alors par « *la perte de confiance en l'autre, qui reconnaît l'existence, [la] perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et [la] perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît* ». C'est avec ces atténuations de confiance qu'arrive alors la perte des objets sociaux décrits plus haut.

A. CONSTANT (2015) décrit deux types d'entrées récurrentes dans la précarité qui semblent être des réactions face à ces pertes d'objet social. La première entrée dans la précarité est décrite par la fuite d'un environnement jugé dangereux. Cette action est reliée au processus de survie pouvant se mettre en place à la rue. Un patient de A. CONSTANT, dont il parle dans l'article (*Ibid.*), décrit qu'il s'agit de « *partir ou mourir* ». Ce sentiment de mort imminente décrit par ce patient se retrouve dans la définition du traumatisme, accompagné d'un début d'effraction des enveloppes psychocorporelles qui pousse le sujet à partir. La deuxième entrée dans la précarité se décrit par le processus d'effondrement. Il est initié par la perte et le deuil d'une situation ou d'une personne. C'est la perte d'un espace, la fin d'une période. Ainsi, « *le deuil apparaît comme non-symbolisable* » (*Ibid.*), ce qui signifie que le vécu traumatique va se nicher dans l'inconscient.

Revenons à ce que signifie le deuil. Provenant du latin *dolere* signifiant souffrir, le deuil est un processus de renoncement durant lequel, selon J. JACQUES (2001), « *le sujet passe par toute une gamme d'émotions et de perturbations physiologiques, cognitives, affectives et comportementales* ». Ce processus de deuil, quelle que soit la perte, semble freiné lorsque la

souffrance et les émotions sont difficilement reconnues par la personne. Si cette douleur est non-symbolisable pour le sujet, il semble qu'elle s'inscrit dans le corps de la personne, comme une cicatrice intérieure pouvant se rouvrir à tout moment. Quelles inscriptions peuvent laisser ces souffrances dans le corps ? Comment le vécu à la rue, par ses extrêmes, peut-il amplifier cette souffrance et venir fragiliser les enveloppes tant psychiques que corporelles ? Tout au long de notre écrit, nous essayerons de mettre en mots ce que nous avons observé des dynamiques psychocorporelles des résidents que nous avons rencontrés. Comment s'organisent-ils dorénavant dans la temporalité et la spatialité de ce lieu d'hébergement ? Quelles peuvent être leurs limites au processus de réinsertion ?

Le CHU accueille des personnes en situation de grande précarité. En revanche, il est important de se rappeler que chaque histoire de vie est singulière. La partie suivante décrira précisément le public qui y est accueilli.

1.b. Le public accueilli au centre

Avant de poursuivre, il serait important de pouvoir visualiser les personnes hébergées au centre pour davantage nous représenter la diversité du public. Pour ce faire, nous avons consulté le rapport d'activité¹ de la structure. Il est rédigé chaque année par les employés du centre et transmis à l'association Emmaüs Solidarité. Il permet de retranscrire qualitativement et quantitativement les moyens déployés, la fréquentation de l'hébergement, les modalités d'accompagnement, les missions et l'état d'avancement des projets etc.

D'après ce rapport, cent-deux personnes isolées y sont donc accueillies. Parmi ces personnes, la majorité sont des hommes et leur moyenne d'âge s'élève à quarante-sept ans. Les nationalités représentées sont essentiellement hors Union Européenne, avec une grande majorité de personnes originaires d'Afrique Subsaharienne ou d'Afrique du Nord et quelques-unes des pays de l'Est. Une vingtaine de résidents ont la nationalité française et une dizaine sont européens. Soixante-quinze pourcents des personnes ne perçoivent aucune ressource. Une petite minorité est détentrice de ressources faibles ou précaires comme le Revenu de Solidarité Active socle, une pension d'invalidité, une infime retraite ou une allocation chômage. Cinq personnes ont un emploi, souvent en lien avec la ville, et touchent donc un salaire. Nous

¹ Cf. infra, Annexe II p. V.

pouvons enfin évoquer brièvement les parcours antérieurs des personnes hébergées actuellement. Une cinquantaine d'entre elles étaient précédemment hébergées dans un autre Centre d'Hébergement d'Urgence. Une quarantaine dormait dans la rue, dans des abris de fortune ou des campements. Quelques-unes étaient hébergées chez un tiers.

Si nous nous référons à la classification de R. PIERRET (2013) concernant les niveaux de précarité, nous pouvons décrire les résidents de ce centre comme appartenant à la « *moyenne précarité* ». D'après lui, la haute précarité représenterait plutôt la personne à la rue, où « *la vie est une lutte de tous les instants pour la survie* ». C'est au moment d'entrer en centre d'hébergement ou dans un processus de sortie de rue qu'on appartient dès lors à la moyenne précarité. L'individu a alors un toit mais qu'il ne possède pas, il n'a pas non plus de lien social. R. PIERRET décrit alors l'individu comme « *hors du temps, [n'ayant] aucune existence sociale* ». Il semble que la personne peut alors trouver pour un temps donné, un espace qui lui est réservé et entreprendre un travail de réinsertion. Cependant, malgré la restitution d'un logement qui mette à l'abri la personne, en quoi les perspectives de réinsertion sociale peuvent-elles être si difficiles à atteindre ? R. PIERRET (2013) semble indiquer que « *la sortie de la rue condamne l'individu à une errance au sens littéral du terme ; il est à l'abri mais il ne va nulle part* ». Comment peut donc se traduire cette absence de projection vers l'autonomie et la réinsertion sociale ? Qu'est-ce qui inconsciemment, au sein de l'institution, peut entraver ces dynamiques de projection ?

Cependant, il nous semble important de prendre du recul face à cette classification théorique. Nous nous sommes rendues compte que la réalité semble bien plus complexe. Il est délicat de généraliser l'appartenance de l'ensemble des résidents du centre à un seul niveau de précarité. Peut-être que certaines personnes appartiendraient bien à cette moyenne précarité mais qu'il est plus aisé pour elles de se réinsérer. Cela semble remettre en question l'absence de projection que décrit R. PIERRET (*Ibid.*), lorsque la personne est mise à l'abri. De plus, la diversité du public accueilli nous pousse à nous désintéresser de toute classification. Il nous semble plus judicieux de nous pencher sur la singularité de chaque résident, à travers son histoire inscrite corporellement. C'est ainsi que notre approche psychomotrice nous a poussées à nous éloigner du contexte socio-économique pour laisser place aux dynamiques psychocorporelles.

La précarité peut être définie d'une manière générale telle que nous avons essayé de le faire, mais cette définition s'adapte et se modifie selon le parcours de vie de la personne et de

son fonctionnement. Plus loin nous réfléchissons à la trace que laisse le parcours de vie chez deux personnes que nous avons rencontrées. Pour l'instant, nous allons continuer sur la description de l'espace qui accueille ces personnes en abordant l'origine historique du centre.

2. Un Centre d'Hébergement d'Urgence et de stabilisation

2.a. Une structure chargée d'histoire

Le centre d'hébergement appartient à l'association historique Emmaüs Solidarité, actrice incontournable de lutte contre la pauvreté. Fondée par l'Abbé Pierre en 1954, l'association laïque œuvre au quotidien pour que chacun trouve ou retrouve une place dans la société. Ainsi, l'intervention principale de l'association est d'héberger, accueillir et accompagner les personnes et les familles qui vivent dans la rue. D'après le rapport d'activité d'Emmaüs en 2019, six mille personnes chaque jour sont hébergées et accompagnées vers l'insertion dans les cent services et centres de Paris et sa région par Emmaüs Solidarité.

Au départ, l'accueil se faisait exclusivement la nuit, de dix-huit heures à huit heures, pour une durée maximale d'une semaine. Ces personnes, exclusivement des hommes majeurs isolés, dormaient dans des chambres partagées voire des dortoirs. A la fin de cette courte durée, ils devaient renouveler leur demande d'hébergement en appelant le 115.

Suite à une loi de 2007, renforçant le principe de continuité dans la prise en charge des sans-abris, le centre élargit son action en devenant un Centre d'Hébergement d'Urgence, ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre sans limite dans la durée de séjour. Au même moment, des travaux sont réalisés afin de transformer les dortoirs en chambres simples ou doubles. Les conditions d'accueil, entièrement repensées, permettent alors d'apporter une réponse plus pérenne aux personnes nommées dès lors « *résidents* ». Depuis ce remaniement, les démarches de réinsertion sociale sont constamment réalisées grâce à un accompagnement social personnalisé au sein de la structure.

L'Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale (2014) définit l'insertion sociale comme :

Une « action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également

le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement. »

Ce point sur l'histoire du CHU nous a servi à cerner comment Emmaüs s'est adapté à la demande et à la situation particulière des résidents. Dans la partie suivante, nous décrirons plus précisément le lieu qui nous a accueillies pour ce stage.

2.b. Un lieu délimité

Cette institution est le fruit de l'union de deux centres d'hébergement Emmaüs distincts afin de mutualiser leurs moyens. Effectivement, il y a l'un des plus anciens centres d'hébergement décrit précédemment mais également un ancien hôtel social.

Un contraste est facilement perceptible entre ces deux bâtiments comportant des espaces bien différents. Le bâtiment principal, inscrit aux monuments historiques, est totalement rénové, avec des grands espaces lumineux. Dans ces murs, les bureaux des travailleurs sociaux s'y trouvent mais également le réfectoire, la laverie, une salle informatique et des espaces d'exposition pour une ouverture extérieure à la culture. Ce bâtiment comporte une majorité de chambres doubles, spacieuses et certaines simples, adaptées à l'hébergement des personnes à mobilité réduite. Parmi ces chambres simples, quelques-unes sont réservées à l'accueil de résidents accompagnés de leur animal. D'autres chambres donnent sur la coursive extérieure où sont installées des jardinières dont un résident s'occupe. Toutes comportent des toilettes, un lavabo et une douche.

D'autre part, le second bâtiment se trouve à une centaine de mètres. Il se situe dans un immeuble en état de vétusté qui était sur le point de fermer. Ici sont accueillis uniquement des hommes dans des chambres doubles. Les sanitaires sont communs et se trouvent sur les paliers de couloirs sombres et exigus. Un bureau sans fenêtre au rez-de-chaussée est réservé à des assistants sociaux éducatifs. A l'entrée, nous pouvons trouver la « *Tisanerie* » occupant une salle d'une dizaine de mètres carrés. Ici, les résidents peuvent passer un peu de temps pour s'y retrouver, regarder la télévision et prendre un café. Le parvis de ce bâtiment semble investi pour fumer.

Ainsi, les résidents de l'ancien hôtel social descendent la rue pour petit-déjeuner, déjeuner et dîner dans le réfectoire, pour laver leur linge, participer aux activités ou s'entretenir avec leur référent social. Nous pouvons nous demander comment ces résidents peuvent investir

les espaces de leur bâtiment dans lequel ils ne sont là que pour dormir, faire leur toilette ou côtoyer les autres résidents.

Dans les deux bâtiments, des lieux conviviaux existent. Or, nous remarquons que dans le bâtiment principal, ce lieu, pourtant agréable et lumineux, n'est quasiment pas investi. Peut-être est-ce parce qu'il est situé à l'étage, près des bureaux des travailleurs sociaux ? Peut-être qu'il n'est pas assez proche de l'extérieur pour aller fumer facilement ?

A l'inverse, dans le second bâtiment, la « *Tisanerie* » décrite précédemment est souvent occupée. Ce lieu semble convivial. La télévision y est toujours allumée, les résidents peuvent changer les chaînes à leur souhait. Ce lieu est ouvert jusqu'à vingt-trois heures ce qui laisse le temps aux résidents d'y descendre. Il se trouve juste à côté du parvis du bâtiment, lieu investi pour les pauses cigarettes.

Nous constatons, dans ces deux lieux, de par leur configuration, des proximités différentes entre les résidents.

Nous ne pouvons décrire l'espace sans évoquer la temporalité qui se trouve dans cette structure. L'espace qui vient d'être décrit a été instauré dans une temporalité spécifique : celle de l'urgence. Nous allons alors la présenter telle que nous l'avons observée et vécue dans la prochaine partie pour mieux l'étudier plus tard.

2.c. Un temps de l'urgence

Le mot urgence fait référence à « *ce qui requiert une action ou une décision immédiate* » (CNTRL, s.d.). Ainsi, nous comprenons que l'accueil des personnes se trouvant dans la rue est primordial et nécessite d'agir vite. Pour ce faire, les personnes se trouvant dans des situations extrêmement précaires sont orientées au centre par le Samu Social, les maraudes de proximité ou le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation. Cependant, l'accompagnement du résident au sein du centre ne se réalise pas avec la même temporalité qui est dès lors plus lente.

En effet, il s'agit d'un hébergement temporaire et le séjour peut durer aussi longtemps qu'une solution durable n'est pas trouvée. Les personnes hébergées bénéficient d'une aide dans leurs démarches d'accès aux droits et recherche d'un logement ou d'une structure d'insertion adaptée.

Le rapport d'activité nous permet de comprendre que le centre peut être vécu comme un « *sas* ». C'est-à-dire qu'il apporte soit une réponse instantanée et sans condition pour entrer

dans un autre dispositif d'hébergement ou de logement ; soit un simple temps de pause avec l'objectif de permettre à la personne de se ressourcer, d'appréhender les premiers bénéfices liés à une sécurité personnelle garantie par le centre.

Dès notre entrée au centre d'hébergement, la Cheffe de service nous a annoncé que les démarches prennent du temps et que les résidents restent finalement assez longtemps. Pour donner une idée, le rapport d'activité de 2019 a indiqué que seulement douze résidents sur les cent-deux ont quitté le centre et accédé à un logement en fin d'année ou ont été transférés dans un autre CHU. En effet, nous suivons une résidente, Salima, dont nous vous parlerons ultérieurement, hébergée au centre depuis quatre ans. Des questionnements ont émergé la concernant. Comment peut-elle vivre cette attente ? Se montre-t-elle impatiente concernant la stagnation de ses démarches administratives ? Comment se projette-elle avec ces incertitudes ? Une présentation ainsi que d'autres réflexions à son sujet seront présentées dans les prochaines parties de ce mémoire.

En arrivant au centre, on nous a fait comprendre qu'il était simple de se laisser prendre par sa temporalité. Dans les faits, il est vrai qu'à force de se déplacer dans les lieux, de côtoyer les résidents et tous ceux qui ont un rôle à jouer dans leur réinsertion sociale, nous avons eu le sentiment que le temps semblait figé. Quelques-uns peuvent rester dans les lieux communs, assis à table pendant des heures devant leur téléphone ou un ordinateur. D'autres peuvent rester dans leur chambre un long moment à attendre que les jours passent. Nous nous demandons ce qui peut être proposé aux résidents durant la journée. Et si des activités sont alors proposées, est-il facile, pour eux, de se mobiliser pour y participer ?

Beaucoup de personnes parmi les hébergés dormaient précédemment dans la rue, dans les squats ou les campements. Nous imaginons que le rapport au temps n'était pas le même, que chacun avait ses propres habitudes, que les journées étaient rythmées par l'idée de survie, avec les impératifs de mendicité, de recherche de nourriture ou d'un endroit où dormir. Nous pouvons penser que les bruits de la ville, les lumières amènent à s'adapter à d'autres repères temporeux. Mais alors, comment peut être vécu le contraste entre cette temporalité de la rue et celle induite dans le centre, dont les horaires semblent stables et imposés ? Quels ont pu être les ressentis de ces personnes lorsqu'elles sont passées d'un rôle actif de leurs propres décisions à l'attente marquée parfois par la passivité ?

Nous commençons à voir qu'une temporalité particulière émane de ce centre. Elle ne se trouve pas réellement dans l'urgence telle qu'elle est définie dans le sigle du CHU, mais

semble plutôt s'articuler avec le rapport au temps des personnes qui s'y trouvent. La partie suivante sera dédiée à la description des personnes qui interviennent dans le centre.

2.d. Gestion de la structure

Le personnel travaillant au centre d'hébergement est permanent, qualifié et travaille en réseau avec les autres partenaires du territoire. L'équipe est exclusivement formée dans la filière sociale. Elle est dirigée par la cheffe de service et la coordinatrice sociale qui sont garantes du cadre et du respect des droits des résidents. Il y a ensuite trois travailleurs sociaux-éducatifs chargés de l'accompagnement social individualisé des hébergés. Ils peuvent également être amenés à proposer des activités à destination des résidents. Des auxiliaires socio-éducatifs et un animateur sont aux côtés des résidents dans leur quotidien. Ils veillent au respect des espaces et peuvent proposer des activités. Dans les bureaux travaillent également un coordinateur logistique ainsi qu'une coordinatrice socioculturelle.

Nous décrivons une structure d'hébergement, cela implique donc des rythmes et des horaires particuliers. Les travailleurs sociaux et coordinateurs sont présents du lundi au vendredi de neuf heures à dix-huit heures. Les auxiliaires socio-éducatifs vont quant à eux faire des roulements pour être présents de jour comme de nuit au centre ainsi que durant les week-ends. Effectivement, les problématiques individuelles des résidents nécessitent parfois l'intervention des auxiliaires la nuit, pour gérer, notamment : des difficultés de gestion des addictions, des soucis d'hygiène et des conflits entre les résidents. Il semble que les rythmes biologiques des résidents (hygiène, repas, sommeil) viennent se confronter aux rythmes de l'administration et aux horaires de bureau des travailleurs sociaux, ce qui est inhérent à la double fonction du centre : hébergement et structure d'accompagnement social.

Les différents intervenants n'occupent pas les mêmes espaces au sein de la structure. En effet, les travailleurs sociaux travaillent majoritairement dans leur bureau en espace ouvert dans le bâtiment principal et mangent également dans cet espace faisant office de salle de pause. Afin de s'entretenir avec un résident, le travailleur social va prioritairement l'appeler par téléphone, il peut se déplacer dans les couloirs des chambres ou se diriger vers l'autre bâtiment. Les entretiens ont lieu dans un bureau sur le même palier que ce bureau collectif.

Les auxiliaires socio-éducatifs partagent les espaces avec les résidents. Ils sont présents dans la cuisine lors des trois temps de repas rythmant la journée. Ils sont souvent amenés à se déplacer dans les couloirs voire à frapper aux portes des chambres pour communiquer et veiller au respect de la cohabitation. Dans le bâtiment principal, un auxiliaire se trouve toujours en

bas, dans un bureau dont les parois sont vitrifiées et donc ouvertes sur l'entrée par laquelle l'ensemble des résidents passe pour aller se restaurer. Cet endroit stratégique permet un échange facilité entre l'auxiliaire et les résidents. Dans le bâtiment secondaire, deux autres auxiliaires socio-éducatifs occupent en permanence le bureau précédemment décrit comme sombre. La porte de ce bureau est toujours ouverte, semble-t-il pour plus de luminosité, le rendant facilement accessible.

L'animateur quant à lui n'a pas de bureau mais peut facilement amener son ordinateur dans les différents espaces communs. Il est fréquemment en lien avec les personnes hébergées. Afin de promouvoir ses sorties (expositions, spectacles, activités sportives...), il communique visuellement par le biais d'affiches ou verbalement, sur des temps informels comme ceux des repas ou des pauses cigarettes. Le midi, il mange auprès des résidents dans le réfectoire. Nous trouvons important de souligner que tous les résidents appellent les employés, quel que soit leur rôle, par leurs prénoms. Cela nous incite à nous demander comment le cadre est perçu par les résidents au sein du centre et ce que les salariés veulent transmettre par le biais de cette familiarité avec les prénoms.

Nous allons dès lors pouvoir aborder le lieu d'hébergement dans sa dynamique institutionnelle. Une équipe sociale, avec des rôles bien définis, est présente pour les résidents. Ils bénéficient donc d'un accompagnement et d'un suivi social. Par la suite, nous allons voir comment s'articulent les deux fonctions remplies par le centre : l'hébergement et le suivi social.

3. Entre lieu d'hébergement et institution

3.a. Accompagnement social des hébergés

Les résidents du centre sont accompagnés par les travailleurs sociaux grâce à un projet individualisé. Ce document vise à définir l'accompagnement social proposé. Il est élaboré en concertation avec la personne accueillie et l'équipe d'encadrement. Il prend en compte les demandes et besoins exprimés. Son élaboration commence dès l'admission dans l'établissement.

Sachant qu'il y a trois travailleurs sociaux pour cent-deux résidents, chaque travailleur social est alors référent d'une trentaine d'hébergés. Les rendez-vous administratifs prennent donc la forme d'entretiens formels réalisés au bureau du travailleur social. Mais les résidents ont également la possibilité d'être vus régulièrement à leur demande.

L'accompagnement social global se caractérise par un accompagnement vers le logement, un accompagnement pour l'accès à la santé, un accompagnement lié à l'insertion socio-professionnelle ainsi qu'un accompagnement vers la culture dans la citoyenneté.

Pour l'accompagnement vers le logement, les référents peuvent aider à faire les démarches de renouvellement de demande de logement, faire des demandes d'accords auprès du département, mettre en place des dossiers de demande envers les bailleurs sociaux ou alors travailler en partenariat avec les institutions médicales en vue d'une orientation en appartements thérapeutiques.

Chaque trimestre, un atelier « *Préparation au relogement* » est proposé en une dizaine de séances aux résidents. Il traite de la préparation au relogement, de l'entrée dans un logement, notamment la gestion d'un budget et l'entretien technique des lieux. Les travailleurs sociaux ont donc pour rôle de positionner les hébergés sur ces ateliers. Cependant, nombreux sont les résidents qui ont du mal à se mobiliser sur la durée du dispositif et à s'impliquer dans un processus d'accès au logement. Cette analyse nous questionne sur l'accès à l'autonomie après avoir passé un certain temps dans cette structure. Cette interrogation a émergé au fil de nos rencontres avec Bernard. Il fera également l'objet de nombreuses réflexions qui seront exposées dans ce mémoire.

Hébergé depuis cinq années au centre, il est actuellement âgé de soixante-douze ans. Nous nous sommes présentées à lui pour la première fois mi-janvier. Il était intrigué par le préfixe « *psycho-* » dans « *psychomotricité* ». Curieux de ce que nous pourrions lui proposer, nous avons convenu d'un rendez-vous la semaine suivante pour discuter. Le choix du verbe « *discuter* » n'est pas un hasard, nous l'expliquerons plus tard. La semaine suivante, Bernard est donc arrivé perplexe au rendez-vous convenu. Entre ces deux rencontres, un entretien avec son référent social et la cheffe de service a marqué un tournant dans sa projection en tant qu'hébergé. Effectivement, ils l'ont informé qu'il devrait prochainement quitter le centre pour libérer la place et aller vers un autre mode de logement social de type pension davantage autonome. Bernard nous a dit avoir été stupéfait par cette annonce dont il ne s'était jamais douté qu'elle arriverait. Il nous explique se sentir bien ici, et se projetait pour y rester et vivre ses « *vieux jours* ». Depuis cette annonce, Bernard se montre dans le refus de changer de logement, le dialogue est entrepris avec des pincettes par les travailleurs sociaux puisqu'il menace de prendre ses affaires et de tout laisser tomber. Cette annonce envahit ses pensées. En

attendant, une incertitude règne dans son quotidien : « *on sait ce que l'on perd mais pas ce que l'on va trouver* » dit-il.

Concernant l'accompagnement lié à l'insertion socio-professionnelle, elle se décline en deux aspects. Il y a d'abord l'accès à la formation linguistique puisque de nombreux résidents ne maîtrisent pas la langue française. Puis vient une aide à l'insertion professionnelle. Celle-ci passe par la recherche d'emploi ou la recherche d'une formation qualifiante via la Ville de Paris, les Maisons de l'Emploi. Pôle Emploi possède également un dispositif permettant de transmettre en priorité les offres de Contrats Aidés. D'autres associations permettent d'offrir des « *emplois premières heures* ». Nous expliquerons plus tard l'accompagnement à la santé proposé par la structure.

Au fur et à mesure de notre stage au sein du centre, nous nous retrouvons finalement confrontées à des problématiques externes au centre, mais qui le touchent directement. Les travailleurs sociaux sont soumis, par faute de moyens, à un roulement régulier. Environ tous les six mois, les postes de travailleurs sociaux sont occupés par des personnes différentes. Les résidents suivis par ces derniers se retrouvent à devoir réexpliquer leurs histoires, leurs parcours et leurs objectifs. Même si l'accompagnement des résidents est fait au mieux, avec toutes les possibilités de chacun, certains résidents se retrouvent de ce fait bloqués dans leur situation. Certains sont dans l'incompréhension ou dans l'expectative. D'autres quant à eux vont chercher de l'accompagnement dans d'autres associations, où la porte se referme généralement puisqu'ils sont censés être suivis par quelqu'un du centre.

Pour que l'accompagnement des résidents se déploie au mieux, il doit pouvoir être tenu par un cadre. Nous allons essayer de le décrire dans sa dynamique sociale, en lien avec nos questionnements psychomoteurs qui ont pu émerger de nos observations.

3.b. Une structure tenue par un cadre

Le centre a pour objectif de réapprendre aux résidents des règles de vie qu'ils pourraient trouver dans la société. La cheffe de service explique ce choix pour ne pas faire appliquer des règles qui ne s'apparentent qu'à la vie au sein du centre. Par ailleurs, la direction ne souhaite pas faire d'exceptions afin que tous appliquent les mêmes règles. Effectivement, un contrat de séjour est conclu entre le résident et le centre. Il suppose des engagements réciproques, il décrit les conditions d'accueil en définissant les droits et les devoirs au sein de

la structure. Nous nous sommes alors questionnées sur ce que pourrait être la représentation que peuvent se faire les résidents sur la direction et les travailleurs du centre. Pour garantir la bonne cohabitation entre les personnes, les résidents sont soumis à ces règles de vie en communauté où se nichent quelques surveillances. Afin de conserver l'idée d'un accueil inconditionnel garanti par Emmaüs pour n'importe qui et à tout moment, le résident doit respecter des temps de présence au centre. Les assistants socio-éducatifs ont l'obligation de noter sur une feuille prévue à cet effet lorsqu'ils croisent un résident. Si depuis plus de trois jours ils n'ont pas vu le résident, celui-ci sera convoqué par la cheffe de service, pour voir si son accompagnement au centre est réellement indispensable. D'autre part, les chambres sont visitées tous les mois pour veiller à leur bon entretien. Ceci pose finalement l'obligation de respecter un cadre spatial et temporel. Un espace et un temps délimités sont à la disposition du résident pour aller vers une réinsertion dans la société. Ainsi, les règles auxquelles le résident est soumis à l'apprentissage sont similaires à celles de la société afin qu'il ne bénéficie pas d'un traitement particulier au sein du centre. Ce cadre semble alors à la fois contenir et soutenir le comportement du résident, mais également le fonctionnement du centre dans l'ensemble.

Face à nos questionnements quant à la place du soin dans un Centre d'Hébergement d'Urgence et à ces observations, nous nous sommes tout d'abord questionnées sur la position de la direction face aux résidents. Lorsque nous nous figurons cela, nous nous retrouvons face à une figure maternelle, emblème de l'autorité et du « *caregiver* », tel que le définit J. BOWLBY (2002). Le « *caregiver* » est à entendre comme la personne qui sécurise et qui prend soin. Les travailleurs donnent de l'attention, du soutien. Le cadre semble porter, soutenir physiquement, par les cloisons des bâtiments, l'espace des chambres, des bureaux pour les rendez-vous. Et psychologiquement, par l'accompagnement administratif, les surveillances du suivi des règles ou le soutien moral des résidents. Cela semble permettre d'éviter ou au moins d'accompagner les rechutes et les difficultés que présentent les résidents. Ce soutien de tous les instants pourrait être imagé en le rapprochant à une forme de holding, apporté par D. WINNICOTT (2010). Tel qu'il le définit, le holding est la fonction de portage physique et psychique qu'exerce le « *caregiver* » sur le nourrisson dès la naissance pour veiller à son développement. Par ce portage, les acteurs sociaux veillent alors à contenir psychologiquement et physiquement les résidents pour qu'ils se sentent suffisamment sécurisés pour accéder à la réinsertion sociale et donc à une autonomie plus importante. Toutes les personnes travaillant au centre veillent, dans leur accompagnement, à porter attention aux résidents par leur écoute, leurs échanges, et consacrent leurs journées à les accompagner vers une réinsertion sociale et

sociétale. L'accès à l'autonomie, comme cela pourrait l'être dans la petite enfance, nécessite un environnement suffisamment sûr pour s'éloigner de la figure maternelle. Nous pouvons nous demander si le CHU et le travail des travailleurs sociaux cherchent à remplir ce rôle administratif ou s'ils vont au-delà. Recherchent-ils à redonner une sécurité psycho-affective aux résidents ? Afin qu'ils puissent se séparer et ainsi atteindre l'autonomie propre au processus de réinsertion.

Nous l'avons vu, ce cadre semble essayer de contenir les résidents pour aller vers un chemin de réinsertion dans les meilleures conditions possibles. Cela a posé question dans nos observations : finalement, est-ce que ce qui est mis en place pour les résidents ne serait pas une forme de « *prendre soin* » ?

3.c. Prendre soin des hébergés dans une structure sociale

Afin de mieux comprendre la prise en soin des résidents dans le Centre d'Hébergement d'Urgence, il serait pertinent de définir la notion de soin.

Si l'on s'intéresse à son étymologie, d'après DORON C., LEBEVE C., MASQUELET A., LEFEVE C (2010), le mot soin a deux origines. L'une est latine médiévale, « *sunnia* » signifiant besoin et l'autre provient du latin tardif « *sonium* » signifiant préoccupation. En rassemblant ces deux origines, nous comprenons que le concept de soin pourrait se définir comme le souci que l'on peut avoir pour la satisfaction des besoins. Mais qu'entendons-nous par besoins à satisfaire ?

Les travaux de MASLOW, d'après P. PICHERE (2014), rendent compte d'une hiérarchisation des besoins de l'individu selon cinq niveaux organisés sur une pyramide. Une fois les besoins d'un premier niveau satisfaits, les besoins d'un niveau supérieur peuvent être traités. Ceux constituant le socle de la pyramide sont physiologiques et directement reliés à la survie de l'individu : manger, boire, se reproduire, dormir etc. Viennent ensuite les besoins de sécurité garantissant la protection tant physique que morale : logement, ressources financières, sécurité physique et psychologique, stabilité affective, sécurité médicale et sociale. Ensuite, les besoins d'appartenance correspondent aux besoins d'amour, de confiance, d'estime, de considération. Enfin, le sommet de la pyramide décrit les besoins d'auto-accomplissement qui correspondent à l'exploitation de son potentiel personnel : développer ses connaissances, créer, inventer etc. Même si ce modèle nous questionne car il est hiérarchisé, nous comprenons grâce à lui, que les besoins de soin ne se limitent pas à la survie de l'être humain.

La langue anglaise distingue deux termes décrivant l'action de soigner. D'après P. MORCELLET (2009) on retrouve :

- « **To care** » : un hébergement prenant soin de ses résidents

Le terme, « *to care* », signifie prendre soin attentivement. Ce soin aide, il accompagne la souffrance mais n'ambitionne aucune guérison. Le « *care* » met l'accent sur le souci porté à la personne.

En offrant un lieu d'accueil qui abrite au sens où il protège des intempéries, rassure, satisfait de nombreux besoins, aide sur le plan social et met en place des partenariats avec les acteurs du soin médical, nous pouvons réellement penser le centre d'hébergement comme une institution prenant soin de ses hébergés. D'après W. HESBEEN (2012), prendre soin signifie porter « *une attention à une personne afin de lui venir en aide, de veiller à son bien-être, sa santé et de contribuer à son autonomie* ». Nous comprenons ainsi que tous les employés ont pour vocation de prendre soin des résidents de la structure et participent à un environnement favorisant la notion de « *care* ».

- « **To cure** » : L'accompagnement à la santé

Le second terme, « *to cure* », est la mise en œuvre d'une pratique curative, qui guérit ou s'efforce de guérir et se préoccupe spécifiquement de la maladie.

Sur le plan de la santé, sachant que l'accueil est inconditionnel, les résidents présentent des problématiques diverses. En effet, certains présentent des problèmes de santé chroniques tels que le diabète, les AVC, les cancers, les affections de longue durée. D'autres ont des problématiques d'addictions comme l'alcoolisme, la toxicomanie, les jeux pathologiques, les troubles alimentaires. Quelques-uns ont un handicap physique ou sensoriel. Les problématiques de santé mentale sont largement présentes. Nous pouvons citer, entre autres, la schizophrénie, la dépression, la bipolarité. Certaines personnes ont été victimes de violences durant leur parcours antérieur. Le centre accueille également une population décrite comme vieillissante. Les accompagnements se complexifient d'autant qu'ils cumulent des difficultés en lien avec leur situation administrative ou concernant la couverture maladie.

Même si le centre est décrit comme social, les travailleurs sociaux travaillent donc en lien avec des partenaires de santé de structures externes. Ils peuvent accompagner leurs référés à des rendez-vous médicaux dans divers arrondissements de la capitale. Une Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité intervient en soutien à l'équipe et peut permettre à certains résidents d'aller vers des structures davantage adaptées telles que des Centres Médico-Psychologiques.

Quelques centres de santé sont en lien privilégié avec la structure. De plus, avec la Mission Santé d'Emmaüs, diverses actions sont proposées aux résidents : des consultations pour l'audition, la vision, le sommeil. Les professionnels sont également amenés à faire des colloques sur les troubles addictifs dans le milieu de la précarité, la réduction des risques ou le vieillissement.

Ainsi, nous pouvons réellement évoquer le soin dans cette structure décrite au préalable comme exclusivement sociale. Nous pourrions ensuite nous interroger sur les limites de l'approche des travailleurs sociaux. Nous pourrions également nous questionner sur notre complémentarité, en tant que stagiaires psychomotriciennes, à l'accompagnement social. En effet, nous représentons ce milieu de la santé puisqu'il n'y a aucun professionnel de santé salarié dans ce centre. Il n'y a donc aucun soignant pour encadrer notre stage et nous indiquer des résidents en particulier.

Enfin, si l'approche des travailleurs sociaux appartient au champ social, il semblerait qu'elle s'assimile au « *prendre soin* ». Ce « *prendre soin* » prend une forme singulière car il diverge de celui apporté classiquement par des soignants, mais il est bien présent.

Nous avons essayé de réfléchir à notre démarche expérimentale d'implantation de la psychomotricité au sein de ce cadre institutionnel. La partie suivante sera consacrée à la présentation de cette démarche.

II- DÉMARCHE D'IMPLANTATION EXPÉRIMENTALE DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE CENTRE D'HÉBERGEMENT D'URGENCE

1. Premiers pas, premiers questionnements

Cette partie sera écrite à la manière d'un journal de bord afin de préciser nos impressions et nos interrogations au début du stage. Nous détaillerons notre cheminement pour mettre en place le soin psychomoteur.

1.a. Entre premières observations et participations informelles

Début septembre, un premier entretien avec la cheffe de service de la structure nous est proposé. Nous visitons les deux bâtiments du centre et nous nous présentons à certains travailleurs sociaux. Nous croisons quelques résidents auprès desquels nous nous présentons

succinctement, avec les premières difficultés à définir la psychomotricité.

Suite à cet entretien, notre premier jour de stage arrive. Au départ, nous sommes aux côtés des auxiliaires socio-éducatifs. Nous prenons le temps de rencontrer les résidents et de visiter les espaces communs.

A midi, nous nous proposons pour aider à mettre en place et servir les repas au réfectoire. Cette position nous permet de nous présenter rapidement à eux, d'assimiler quelques visages et inversement. Quelques-uns semblent curieux quant à notre fonction, ce qui nous met en confiance. Chaque résident semble avoir ses habitudes ; certains se lavent les mains longtemps, d'autres oublient, certains amènent leur propre assiette, d'autres prennent celles proposées par le centre. Nous remarquons pour beaucoup de résidents, une forme de solitude dans les lieux communs. Quelques-uns, même placés à côté, ne parlent pas entre eux.

C'est à ce moment-là que nous croisons Salima qui arrive dans le réfectoire. Elle semble avoir une trentaine d'années, elle porte des vêtements colorés et soignés. Nous pouvons facilement deviner, à travers son masque, son sourire qui se dessine sur son visage maquillé. Salima se déplace en fauteuil roulant, nous remarquons que son buste penche sur le côté. Sur ses genoux, est posé un récipient que nous remplissons de couscous végétarien, le plat du midi. L'auxiliaire socio-éducatif, chargé du service, lui tend une demi-baguette par habitude. Elle remontera directement manger dans sa chambre, apparemment comme à chaque repas. En voyant nos visages qui ne lui sont pas familiers, Salima se montre alors curieuse quant à notre venue et nous en profitons pour lui expliquer qui nous sommes. Elle nous parle dans un français qu'elle maîtrise aisément avec un accent oriental chantant. Elle semble intéressée par un espace d'échange que nous pourrions lui proposer.

Nous faisons la différence entre les personnes qui viennent exclusivement pour manger car elles ont des occupations en dehors du centre et celles qui prennent leur temps car elles restent au centre toute la journée.

Durant l'après-midi de ce premier jour, c'est auprès de l'animateur que nous sommes pour participer à l'activité du jour. Quelques résidents s'engagent à venir et viennent, d'autres se désistent au dernier moment. L'animateur nous explique la grande difficulté à mobiliser les résidents. Avec lui, nous emmenons quatre résidents faire des parties de pétanque dans un parc. Nous partageons un moment durant lequel nous pouvons observer beaucoup d'éléments

concernant nos échanges, l'investissement dans le tournoi, les postures, les tempéraments, la frustration face à l'échec, l'enthousiasme de pouvoir jouer ensemble notamment. Nous comprenons ensuite que cet animateur réserve une grande place aux moments informels en proposant aux hébergés un café, en fumant avec eux devant le centre. Cela semble amener les résidents à discuter entre eux. Finalement, en dehors de ces temps, les résidents parlent-ils spontanément entre eux ? La présence d'un tiers tel que l'animateur ou le cadre de l'activité ne permet-il pas de favoriser ces échanges ? Ces questionnements résonnent dans nos esprits tout au long de l'activité. Progressivement, en observant et en discutant avec les travailleurs du centre, des questionnements émergent quant à l'investissement des résidents par rapport à l'espace qui leur est proposé.

Plus tard, quelques entretiens individuels rythment notre journée. Nous croisons les personnes rencontrées les semaines précédentes sur des temps informels. Nous prenons donc un temps pour les accueillir dans notre salle qui nous a été destinée dès le début du stage. Nous nous installons à table pour échanger et expliquer davantage notre rôle. Nous leur demandons leurs attentes, leurs besoins. Nous échangeons sur divers sujets puis revenons à la psychomotricité en particulier. Pour certains résidents, ils n'hésitent pas à se confier sur leur parcours ou des éléments particuliers de leur vie. Avant de réaliser ces échanges, nous n'avions pas forcément réfléchi à une réelle intention qui pouvait guider ces premiers entretiens. Nous voulions prendre le temps de discuter de manière libre. Nous avons cependant largement pensé à notre façon de nous positionner. Nous ne voulions surtout pas poser à tout prix des questions ni montrer trop de curiosité quant à leur parcours. De plus, pour éviter que ces rendez-vous soient perçus comme formels ou impressionnants, nous nous asseyions à des endroits stratégiques pour ne pas se retrouver toutes les deux face au résident accueilli. Cette période d'observation dure un mois durant lequel de nombreuses interrogations apparaissent. Au fil des semaines, notre venue le mercredi semble bien assimilée. Chez certains résidents, une curiosité est palpable quant aux propositions que nous leur proposerons. Assises à table lors des entretiens, il est difficile de rendre notre façon de faire compréhensible. Nous comprenons vite que pour réussir à mobiliser les résidents, il faut proposer quelque chose de concret pour qu'ils y trouvent un intérêt à venir nous voir. Nous nous penchons alors vivement sur notre projet d'accompagnement que nous écrivons, corrigeons, complétons, puis présentons à l'équipe.

Ces premières semaines d'observations nous ont permis de faire de nombreuses rencontres. Nous nous sommes questionnées sur notre définition de la psychomotricité. Penchons-nous désormais sur son contenu et les différentes évolutions de cette définition auprès des résidents.

1.b. Présenter la psychomotricité dans un Centre d'Hébergement d'Urgence

En nous implantant comme stagiaires du paramédical dans une structure sociale, nous savions que notre métier n'allait pas être simple à définir auprès de l'équipe et des résidents. Définir la psychomotricité allait être une étape indispensable à notre intégration. Nous avons également conscience que nous parlions d'une discipline du soin de l'ordre du « *cure* », qui n'était pas développée au sein même du centre.

C'est d'abord auprès de l'équipe que nous avons explicité la psychomotricité. Nous la définissions comme une discipline du paramédical offrant un regard sur l'organisation corporelle et psychique de l'individu, en relation avec l'environnement qui l'entoure. Nous complétions cela en évoquant nos angles d'observations comme l'organisation tonique, motrice, les postures, la perception et la représentation du corps, l'organisation spatio-temporelle, l'implication dans les relations. Une curiosité légitime était perceptible chez certains travailleurs sociaux qui nous demandaient ce que nous allions proposer « *concrètement* ». A ce moment-là, notre réflexe a été d'imager davantage nos explications en citant des exemples de médiations que nous serions susceptibles de pouvoir proposer aux résidents, comme le yoga ou la relaxation. Même si cela nous a paru réducteur face à la large palette à disposition des psychomotriciens, cela s'est montré utile pour montrer par quel moyen englober le psychisme et le corps. Cette illustration de notre pratique s'est présentée également à la demande des résidents.

Parallèlement à l'équipe, ce sont les résidents qui ont pu nous croiser dans les couloirs, le réfectoire, les espaces communs pour nous présenter à eux. Certains résidents se montraient interrogateurs en voyant nos visages inconnus. Nous en profitons pour expliquer qui nous étions. D'autres se contentaient de nos salutations. Nous avons donc entrepris, auprès des personnes que nous pouvions facilement aborder, de définir notre rôle. En prenant en compte les nombreuses cultures et langues représentées au centre et les diverses visions du rapport au corps, nous avons tenté de nous ajuster. Nous nous sentions parfois confiantes, d'autres fois fébriles dans nos explications. Elles ont donc évolué au fil de nos rencontres.

Au départ, nous parlions de notre approche particulière de la psychomotricité qui considère le corps dans sa globalité, en reliant le corps et l'esprit. Pour imaginer ce lien, nous parlions souvent des émotions pouvant s'exprimer cognitivement comme corporellement. Certains résidents nous demandaient alors à quoi la psychomotricité servait. Nous répondions qu'avec le temps, cela pouvait contribuer à améliorer l'équilibre entre le corps et la psyché, voire favoriser un certain mieux-être social, physique et psychique. Mais nous n'étions pas convaincues par nos explications, et l'expression « *mieux-être* ». Effectivement, nous ne connaissions pas les histoires de vie des résidents auxquels on s'adressait. Comment pouvions-nous présager d'un « *mieux-être* » ? D'un autre côté, avec certaines personnes qui semblaient facilement investir le dialogue, nous avons préféré décortiquer le mot « *psychomotricité* » et discuter autour de cela. Cet échange était tout aussi intéressant car nous avons pu observer comment la personne se saisissait de la demande, et ce qui la questionnait dans notre métier. Cela nous a permis par la suite d'adapter nos propositions.

Dès lors, certains résidents nous ont indiqué vouloir retrouver une pratique corporelle. Ils ont pu nous dévoiler succinctement ce pour quoi ils aimeraient venir en séance et définir leurs propres besoins. Pour d'autres, le sujet du corps semblait compliqué à aborder. Notre définition n'a pas suffi.

L'un d'entre eux, Fred, n'a pu exprimer un besoin. Il a balayé le sujet d'un signe de main, en nous remerciant, en intellectualisant immédiatement et en mettant à distance les affects. Nous avons échangé un moment avec ce monsieur, ce refus nous a alors surprises car nous étions toutes les deux persuadées de « *l'importance* » d'un suivi en psychomotricité de par nos observations et ses verbalisations. Pourtant, Fred n'a plus jamais passé le pas de notre porte, nous rappelant ainsi qu'en l'absence d'un accompagnement médical, il est le seul décisionnaire pour cheminer vers son « *mieux-être* ».

Dans ce que nous venons d'expliquer, nous avons retranscrit la proposition faite aux résidents de les recevoir en psychomotricité. Cette posture a pu évoluer au fil du stage, en nous rapprochant de l'équipe.

Devoir redéfinir la psychomotricité à chaque rencontre nous a permis de nous assurer sur notre position de stagiaires et de nous conforter dans notre projet. Nous nous sommes également réjouis d'attiser la curiosité de certains résidents. Dès lors, nous considérons qu'un

grand pas était fait. Il s'agira par la suite de réfléchir à la mise en place de notre projet et son adaptation aux réalités du terrain.

2. Apport du paramédical dans une structure sociale

2.a. Mise en place d'un projet explicité à l'équipe

Ce stage expérimental nous a poussées à travailler en coopération avec les intervenants du centre, à savoir les travailleurs sociaux et les auxiliaires socio-éducatifs. Pour cela, nous avons pris un temps pour leur présenter notre projet. Afin de préciser notre cadre, nous leur avons rappelé notre présence chaque mercredi de l'année. Les mesures sanitaires nous ont conduites à réaliser des séances exclusivement individuelles. Notre espace allait donc se résumer à la salle qu'on nous avait réservée début septembre.

Nous avons ensuite essayé de rendre notre démarche plus claire par la présentation de notre bilan. En effet, nous avons mis en forme une grille de bilans classés par items psychomoteurs. Ce sont des bilans habituellement standardisés. Dans le cadre expérimental de ce stage, nous avons choisi d'analyser les passations exclusivement de manière qualitative puisque nous n'avons pas de prescription médicale et que les personnes ne rentraient pas dans les tranches d'âges standardisées. Nous avons ajouté des critères d'observation sur les postures, la qualité de la marche, les enveloppes, le rapport à l'espace et au temps au sein du centre, le langage, l'investissement de la relation et les représentations corporelles. Nous voulions avoir une vision globale de la personne garantissant un « *climat favorable à l'expression des potentialités du sujet [qui] ne se limite pas à la mesure de ses carences* ». (GIROMINI, ALBARET, SCIALOM, 2014, p. 278). Le temps de rencontre instauré avec le résident nous a également permis de discuter autour de son anamnèse. Nous pouvions ainsi nous représenter son histoire de vie en fonction de ce que la personne voulait nous dire de son parcours.

Afin de dessiner les contours de notre bilan, nous avons en tête les souvenirs d'observations de quelques sans-abris des rues parisiennes. De plus, nous nous étions penchées sur la plume de P. DECLERCK (2001), retranscrivant de manière réaliste les potentielles problématiques corporelles de certains « *naufigés* ». C'est alors que nous avons fait le choix d'explorer plus particulièrement les items psychomoteurs du tonus, de la représentation du corps ainsi que de l'organisation spatio-temporelle.

Le tonus nous paraissait être une donnée essentielle à décrire, notamment par sa qualité de support et d'expression des émotions. Il peut se retranscrire sur l'organisation tonico-posturale du résident, son attitude, son ancrage dans le sol.

Nous avons émis l'hypothèse que l'observation de l'investissement corporel pouvait nous apporter de nombreux éléments. Nous avons alors déployé une grande attention pour tout ce qui s'apparentait à l'image du corps, au schéma corporel, aux valorisations ou dévalorisations du corps, aux enveloppes et aux soins. Nous observions l'hygiène de la personne, ses possibles couches de vêtements, l'état de sa peau, la présence de tatouages etc.

Nous savons que la grande précarité peut entraîner une marginalisation si grande que les repères spatio-temporels peuvent être faussés. Nous avons donc voulu explorer l'organisation spatiale des résidents. Sachant que l'adaptation au temps est nécessaire pour s'adapter socialement, nous souhaitions investiguer l'organisation temporelle. En plus de nos passations, nous pouvions percevoir, au fil de nos rencontres, les manquements aux rendez-vous, les possibles retards ou l'avance excessive.

Si nous avons fait le choix de décrire succinctement les éléments les plus importants de notre bilan, il est possible de le retrouver entièrement en annexe². Cette grille a donc été un support de communication auprès de l'équipe et a pu concrètement permettre d'éclaircir notre rôle auprès des résidents. Il semble que cette grille ait été un moyen de légitimer notre rôle au sein de la structure.

Suite à nos passations, nous faisons un bref retour oral au travail social référent du résident. Nous voulions valoriser ce travail d'équipe riche dans son apport à la fois social et paramédical. De notre côté, nous avons pu donner plus d'informations sur l'organisation psychocorporelle des résidents pour donner des pistes quant aux démarches administratives, leurs avancées, leurs stagnations. Du côté des travailleurs sociaux, ils ont pu nous donner des pistes du contexte social des parcours de vie des résidents, leurs situations actuelles et leurs projets.

²Cf. infra, Annexe I p. I-IV.

Une fois que le projet et notre bilan ont été explicités à l'équipe, la question de la demande s'est posée. Ainsi, nous avons réfléchi ensemble aux résidents que nous pourrions rencontrer.

2.b. La question de la demande

Étant en stage expérimental, sans maître de stage ni médecin prescripteur, les questions de la prescription et de la demande se sont posées. Dans notre exercice habituel, la demande de bilan psychomoteur et de séance nous est adressée par un médecin prescripteur suite à son propre examen de la personne, d'après le décret de compétences du 6 mai 1988. Au CHU, aucun médecin n'était donc présent pour nous indiquer des résidents en particulier. Avec ce contexte de pandémie, nous devions suivre les résidents individuellement. Nous n'avions pas accès aux dossiers médicaux des résidents et les demandes provenaient des référents sociaux qui nous transmettaient quelques éléments de description à l'oral, en évoquant des symptômes qui leur semblaient problématiques. Ils pouvaient nous décrire entre autres de l'agitation, des difficultés de gestion des émotions retranscrites dans de l'impulsivité, ou des difficultés liées au sommeil. Ils nous faisaient également un point succinct sur le parcours actuel du résident dans ses démarches. La création d'un outil nous a vite semblée nécessaire pour nous faire une idée de l'organisation psychocorporelle des personnes que nous allions rencontrer.

De notre position de stagiaires, nous souhaitions en premier lieu aller à la rencontre des personnes et réfléchir aux possibilités d'accompagnement en psychomotricité. Or, le lien thérapeutique avec des personnes en situation de grande précarité n'est parfois pas évident à instaurer. O. DAVIET (2009), dit à ce sujet que « *chez des personnes dont l'histoire est jalonnée de rupture, on peut penser que l'instauration de toute relation vient réactiver le risque de la perte et l'angoisse d'abandon* ». Ainsi, il est possible de comprendre que proposer une relation thérapeutique peut être difficile pour ces personnes. En effet, il s'agit à la fois d'accepter et de supporter, physiquement et psychiquement, ce que l'autre pourrait apporter. Cela pourrait confronter directement la personne à des reviviscences d'abandons précédents. La personne semble, par elle-même, couper le lien avant que l'autre finisse par s'en charger. Nous savions qu'une simple présentation de la psychomotricité ne garantissait pas de revoir la personne ensuite. Mais au moins, un pas était effectué pour tenter d'instaurer le lien thérapeutique.

Nous échangeons ensuite avec le résident, en entretien individuel, pour procéder à un temps de rencontre et de début d'anamnèse. Il nous a alors manqué l'expertise du médecin.

Nous savions où aller dans l'accompagnement en psychomotricité, mais nous avons besoin d'éclairages diagnostics ou d'appuis théoriques sur la clinique particulière de la précarité et des pathologies psychiatriques associées.

Finalement, nous n'avons pas retrouvé des demandes directement formulées par le résident. Hormis pour un monsieur habitué aux soins. Par ailleurs, de nombreuses rencontres, même effectuées grâce à l'orientation des travailleurs sociaux, n'ont pas forcément amené à un suivi. Nous avons alors composé avec les manquements, les présentations à la volée dans un couloir qui n'aboutissent pas à une autre rencontre, aux départs de certains résidents. Une fois la personne présente en séance, nous l'interrogeons toujours pour savoir si elle avait une demande particulière à nous formuler. Nous lui demandions si elle savait pourquoi elle était venue au rendez-vous, afin de l'encourager à être actrice de ses envies et de sa propre recherche de « *mieux-être* ». Une fois, un travailleur social nous a adressé un résident, pensant qu'un accompagnement de remise en mouvement et de compréhension de ses émotions lui ferait le plus grand bien. Nous l'avons rencontré et après trois séances sans discontinuité, ce monsieur a pu nous dire que ce n'était pas ce dont il avait besoin maintenant. Il a alors de lui-même cheminé vers une orientation d'accompagnement psychothérapeutique. Nous lui avons tout de même laissé la possibilité de revenir nous voir, en cas de besoin, mais il n'est pas revenu. Quand O. DAVIET (2009) parle de la demande avec des personnes en situation de précarité, il explique que depuis notre position de thérapeute, nous devons tenter de « *proposer des dispositifs de « mieux-être psychique » accessibles là où se trouvent les demandes ou susceptibles de les faire émerger* ».

Il est vrai que pour Bernard, la question de la demande a été évolutive tout au long de nos rencontres. Ce résident fera l'objet d'observations qui seront détaillées dans la deuxième partie de notre écrit. Sa demande a donc été formulée en deux temps. Tout d'abord, elle a été indiquée par le travailleur social, qui nous a présenté à lui afin d'amener la question de son départ du centre. Mais au fil de nos séances, Bernard a montré d'autres problématiques davantage reliées à ses propres besoins. Il nous a retranscrit des problématiques de son passé et a pu nous exposer ses difficultés à se projeter pour partir du centre.

Nos séances ont alors permis à Bernard de faire émerger sa propre demande, dont il n'avait pas du tout conscience en nous rencontrant la première fois.

Une fois la demande formulée par le travailleur social et parfois précisée par le résident, la question de la mobilisation s'est présentée à nous. Dans le paragraphe suivant, nous verrons

qu'une première rencontre avec un résident n'a pas toujours garanti l'instauration d'un suivi régulier.

2.c. Faire face aux difficultés de mobilisation

Dès notre arrivée au centre, les résidents se montraient curieux quant à notre présence et il était plutôt simple d'entamer la discussion. A la fin de nos échanges, une phrase revenait souvent : « *On se dit à la semaine prochaine alors ? Dans la salle du haut à côté de la verrière !* ». Nous repartions de plus belle, répétant le même procédé avec d'autres résidents. La semaine suivante, nous étions prêtes dans l'espace de notre salle que nous venions d'investir. Nous nous préparions à recevoir le résident que nous devions rencontrer une nouvelle fois. Les minutes passaient. L'heure du rendez-vous défilait. Nos illusions s'estompaient. Dans les premiers temps au centre, ce schéma se reproduit à de nombreuses reprises, apportant avec lui de nombreux doutes sur notre pratique. Malgré toute notre bonne volonté, cela ne suffisait pas. Nous avons fait un pas vers eux, l'autre moitié du pas leur restait à faire. Comme nous l'avons dit plus haut, le passé marqué de ruptures ne peut permettre au résident de se projeter dans un lien qui pourrait apporter de nouveau une perte. Nous ne pouvions pas faire de généralités, puisque chaque résident a son propre passé et son propre rapport à l'aide qui pourrait lui être proposée.

Pour Bernard par exemple, la crainte au début de notre présentation se trouvait au niveau de préfixe « *psycho-* » dans notre métier. Il nous a expliqué ensuite que depuis une hospitalisation en hôpital psychiatrique, il avait « *horreur* » des blouses blanches et des « *psy-* ». Depuis, chaque fois qu'une proposition de suivi médical lui est faite, il la fuit instantanément. Malgré la réticence du soin, nos rencontres avec Bernard ont pu être régulières. Dès qu'il ne pouvait pas venir, il nous prévenait à l'avance.

Pour Salima, le début des rencontres a été difficile à mettre en place. Il y a eu quelques mois où nous ne savions pas si elle allait venir à nos rendez-vous du jour même. Nous allions alors la voir dans sa chambre pour prendre de ses nouvelles. Parfois elle nous ouvrait, d'autres fois elle ne répondait pas. Plus tard, elle nous a expliqué que la situation sanitaire la rendait triste et qu'elle en avait peur. Elle pouvait alors rester des jours dans sa chambre sans sortir, ne voulant croiser personne.

J. FURTOS (2007) dit à ce sujet que « *Plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide* ». Le passage à la rue a obligé les personnes à se débrouiller entièrement seules, ou par petit groupe, et à engrammer des réactions de survie. Cette mise en route, qui devient le quotidien et surpasse même tout ce qu'on pourrait imaginer, semble s'ancrer dans le fonctionnement de l'individu. Il pourrait alors être d'autant plus difficile d'accepter la main tendue, lorsque par le passé tout a été perdu et il ne restait plus qu'à se débrouiller soi-même. Émerge alors une forme de fatalité dans le discours de certains résidents que nous avons rencontrés. « *C'est comme ça, c'est la vie* », a été prononcé un nombre incalculable de fois, accompagné d'un léger haussement d'épaules. Cette phrase transparait un certain découragement, presque un épuisement qui à force devient une banalité, comme le décrit P. DECLERCK (2003) : « *Le lissage de l'épouvante par la banalité s'introduit dans la pensée par cette étiologie proposée. Comme si le monde était ainsi fait* ». La proposition d'aide viendrait alors comme quelque chose de superflue, puisque de tout façon « *c'est la vie* ».

La difficulté de mobilisation nous a donc longuement questionnées. Pour notre démarche expérimentale, nous avons essayé d'adapter au mieux notre cadre à chaque résident.

3. Création d'un dispositif d'accompagnement en psychomotricité

3.a. Un cadre interne à la fois « adaptable et contenant »

Nous comprenons le cadre thérapeutique expliqué par C. POTEL (2010, p.357), comme le récipient, le contenant du travail en psychomotricité. Il est une unité de temps, de lieu et de personne qui offre une contenance physique et psychique. Ce cadre permet au patient de rencontrer le thérapeute et ses propositions dans un environnement suffisamment sécurisé pour que les expériences vécues s'imprègnent dans le corps et amènent à une représentation puis une symbolisation des conflits internes. La notion de contenance au sein de ce cadre est importante. Elle peut être représentée par le corps du psychomotricien, stable tant physiquement par ses appuis au sol et sa conscience corporelle, que psychologiquement dans son écoute du patient. Le psychomotricien se retrouve alors tout autant le réceptacle du contenu déversé par le patient, que l'espace de la salle. Il est suffisamment stable pour répondre à ce que vit le patient.

Un cadre thérapeutique interne cette fois-ci, a été réfléchi ensemble en amont. Il a été beaucoup plus adapté et pensé que le cadre spatial que nous décrirons ensuite. Définir ce cadre interne était une manière de penser notre pratique et de donner des délimitations à ce que nous acceptions et ce qui nous dérangeait. Par exemple, aux premiers abords, nous ne souhaitions pas frapper aux portes des chambres des résidents, jugeant cette pratique trop intrusive. Nous avons finalement constaté, qu'au vu de la situation sanitaire et des nombreux manquements, nous devions nous déplacer pour pouvoir communiquer avec les résidents. Nous souhaitons ainsi penser notre cadre, tout en restant adaptables pour engager une relation thérapeutique qui ne soit pas contraignante pour une personne dont le passé est jonché de ruptures et de pertes de liens. Peut-être également que le fait de déposer quelque chose dans une séance pouvait paraître effrayant et intrusif pour les résidents qui mettent à distance leur corps. En effet, ce moment de « *pause* », nous le proposons aux résidents pour qu'ils se questionnent sur leur histoire à travers leurs vécus corporels.

Au début, nous voulions proposer un espace où les résidents pouvaient aller et venir à leur guise. Mais la situation sanitaire ne nous l'a pas permis, ce qui nous a obligé à nous orienter vers une prise de rendez-vous individuel.

Lors des séances, une organisation entre nous deux s'est imposée. Nous avons commencé par nous positionner toutes les deux comme meneuses de la séance, complétant ce que l'une avait commencé à proposer. Cela nous convenait, car nous étions suffisamment à l'écoute de ce que chacune pouvait proposer sans être affectée par l'intervention de l'autre. Cependant, nous n'avions pas réfléchi aux effets de cette organisation sur le résident face à nous. Devant tous ces changements de présence/absence de chacune, le résident ne semblait pas pouvoir se déployer et déposer ses contenus psychiques sereinement. Pour cela, il semblait plus judicieux qu'il puisse être entouré par la présence d'une personne référente de la séance. Nous avons alors choisi de procéder différemment. L'une d'entre nous se présentait référente d'un résident. Elle s'occupait alors de tout le suivi : le bilan, sa réflexion, le déroulé des séances et l'adaptation du cadre. L'autre, quant à elle, faisait la séance avec le résident, rebondissant sur ses propositions et ses verbalisations pour les étayer et l'encourager. La réflexion en binôme ne s'en retrouvait pour autant pas coupée. Au contraire, cette nouvelle pratique nous offrait d'autres informations sur les conflits psychiques du résident : ses différents transferts sur l'une ou l'autre, selon sa position dans la séance et selon les représentations que cela évoquait au résident.

Pour Salima par exemple, sa position face à la référente pouvait évoquer chez elle des réactions à la fois de passivité avec un fond sous-jacent d'opposition. En effet, elle semblait plus à l'aise pour rebondir et échanger avec la personne qui partageait l'expérience plutôt qu'avec la référente, qui semblait représenter pour elle une sorte de figure d'autorité face à qui elle montrait une certaine réticence.

Pour Bernard, la question du cadre a été de nombreuses fois questionnée. Dès le début, il a maîtrisé facilement nos prénoms pouvant dès lors nous désigner avec aisance dès qu'il adressait la parole à l'une d'entre nous. Par cet échange d'apparence facile, inconsciemment, nous baissions légèrement les barrières de notre cadre, répondant succinctement à des questions personnelles sur nos études ou sur nos vacances, chose qu'avec un autre résident nous avons balayé immédiatement. Dans sa position face à nous, Bernard a pu incarner une posture de contrôle. Comme nous lui laissions la place, il investissait l'espace de parole. Il se retrouvait à maîtriser l'échange avec agilité. Si nous l'interrogeons sur une notion qui nous interpellait, il n'y répondait pas forcément et continuait sur sa lancée. Les contours de notre cadre ont donc pu être fragilisés par le comportement de Bernard.

Notre cadre interne a donc été questionné à de nombreuses reprises afin qu'il puisse être modulé et malléable pour convenir tant aux résidents qu'à nous. En parallèle, nous nous sommes penchées sur la création de notre espace car son aménagement a fait l'objet de nombreuses réflexions quant au cadre spatial.

3.b. Création d'un espace pour la psychomotricité

Dès le départ, une grande salle nous est réservée. Elle se trouve au même étage que le réfectoire, les bureaux des travailleurs sociaux ainsi que la verrière. Cette dernière, située au centre des coursives et souhaitée conviviale par les travailleurs sociaux, semble investie comme lieu de passage, faisant office de grande salle d'attente pour les résidents, avant leurs rendez-vous administratifs.

Notre salle communique avec cette verrière par des baies vitrées type cloisons modulables. Notre espace est ainsi visible de tous empêchant la confidentialité et la contenance garanties normalement en séance de psychomotricité. Il nous a donc fallu trouver de grands

tissus pour les épinglez le long de ces baies vitrées de sorte à laisser passer la luminosité de la verrière tout en évitant la transparence.

Arrivées dans ce grand espace d'une trentaine de mètres carrés dans lequel quelques tables et chaises s'y trouvaient, nous souhaitions aménager différents coins. Ainsi, nous avons laissé un seul endroit avec les tables et les chaises ; endroit nous servant à nous entretenir ou réaliser quelques bilans. Nous avons également investi un coin de la salle situé au fond de la pièce. Ici, nous y avons installé quelques tapis, des plantes, une grande corbeille contenant des oreillers. Au plafond, des tissus nous ont aidé à tamiser la lumière.

Au-delà de l'aspect visuel, les bruits ont été compliqués à étouffer du fait d'un manque d'isolation. Nous amenions alors une enceinte pour diffuser un fond musical. Concernant l'aspect olfactif, nous faisons brûler du papier d'Arménie dans une coupelle quelques minutes avant nos séances, de sorte à interpeller la personne sur le plan sensoriel et l'amener à voyager.

Nous nous posons beaucoup de questions quant à l'aménagement de cette salle et ce que nous voulions transmettre au résident pour qu'il investisse cet espace. Nous avons choisi d'offrir une parenthèse, un ailleurs. Nous nous demandions s'il était pertinent de miser autant sur la contenance par le biais de la sensorialité. N'était-ce pas trop décalé de la réalité ? La transition en sortant de la pièce ne pouvait-elle pas être vécue comme brutale ? Nous avons finalement pris le parti de garder l'idée d'un espace ressource contrastant avec la réalité du centre et se voulant à la fois contenant et constant. L'aspect de continuité nous semblait important, puisque tous les mercredis matin nous accrochions les mêmes tissus, disposions les mêmes tapis aux mêmes endroits et les replions le soir venu. Cette disposition immuable, semaines après semaines, permettait aux résidents de se créer des repères et de sentir une stabilité dans cet espace fait pour accueillir tout ce qui pouvait y être déposé. L'affectivité, le travail d'introspection, d'extériorisation des contenus psychiques et les gestes ont pu alors se déposer dans ce réceptacle qui ne changeait pas d'une semaine à l'autre.

Les sens éveillés dans notre espace font écho à des notions plus primitives. Ils font également écho aux enveloppes sensorielles que certains résidents du centre ont pu se constituer dans leur parcours de rue. (A. CONSTANT, 2015). Plus tard dans notre écrit, ces enveloppes sensorielles feront l'objet d'une analyse. Les résidents peuvent ainsi s'imprégner de ces canaux pour reconnaître notre espace, totalement différencié de celui qu'ils rencontrent au quotidien, et identifier ce lieu par ses caractéristiques sensorielles inchangées. Nous avons choisi ces deux sens, plutôt que les autres, puisqu'ils ne contactent pas des domaines intimes, comme pour le toucher par exemple. Nous avons aussi sûrement choisi ces deux-là, parce que

ce sont ces canaux que nous privilégions lorsque nous entrons dans un nouvel espace. Pour l'aspect auditif, nous l'avons utilisé plutôt dans un but de structuration temporelle afin de maintenir notre cadre. En effet, nous avons choisi une suite de quelques musiques pour nos propositions de relaxation, presque toujours les mêmes, pour avoir un léger fond sonore enveloppant.

Ce cadre est également voulu comme adaptable, puisque chaque résident a des besoins, des désirs et des dépôts différents. Nous nous devions d'avoir une marge de manœuvre dans le réaménagement de notre espace pour s'adapter à ce qu'ils nous donnent.

Lorsque nous rencontrons Bernard chaque semaine, nous ne disposons pas les tapis de yoga au sol comme nous pouvons le faire avec d'autres résidents. En effet, ce coin l'intrigue et semble presque lui faire peur. Il nous en touche un mot à chaque séance, nous précisant qu'il ne souhaitera jamais se mettre au tapis. Nous les laissons pourtant à sa vue, au cas où un jour, il veuille essayer.

De plus, cet espace se transforme car deux fois par mois quand nous sommes présentes, cette salle est également investie par la socio-esthéticienne qui mène des ateliers de soins du corps. Il nous arrive de réaliser des ateliers avec elle. L'aménagement de l'espace est alors amené à changer.

Notre cadre spatial a donc été à la fois régulier, stable et modulable.

Ce premier chapitre a permis d'exposer le cadre spatial, temporel et les acteurs qui entretiennent et vivent ce cadre. Nous avons alors essayé d'y mêler un regard et une pratique psychomotrice. La découverte de la précarité et tout ce qui gravite autour en termes d'accompagnement et de propositions ont soulevé de nombreuses questions. Nous avons essayé de jongler entre la réalité de terrain et nos représentations, afin de penser la place de la psychomotricité. Dans le chapitre suivant, nous allons présenter plus en détail nos questionnements qui ont émergé de l'accompagnement de Salima et Bernard, deux résidents aux parcours bien différents. Nous verrons comment ils se sont inscrits dans le centre et dans le soin psychomoteur que nous leur avons proposé.

Chapitre 2 :

Lectures d'organisations psychocorporelles singulières

intégrées dans le temps et l'espace

I- PRÉAMBULE : PRÉSENTATION DE DEUX RÉSIDENTS

1. Salima

1.a. Histoire de vie : de son pays natal à un CHU parisien

Salima est une jeune femme de trente-quatre ans, originaire d'un village portuaire algérien. Elle grandit entourée de ses deux parents et de sa grand-mère maternelle. Elle grandit également avec une atrophie musculaire due à une injection d'un vaccin périmé contre la méningite quand elle était bébé.

Salima est la deuxième d'une fratrie de trois sœurs et un frère. Suite à un tragique accident de la route, elle perd sa grande sœur âgée de dix-neuf ans et exprime les difficultés que le deuil a apporté dans sa fratrie, notamment par sa nouvelle position d'« aînée ».

Quand Salima se remémore ses souvenirs d'enfance, elle montre un attachement particulier aux figures féminines de sa famille, notamment sa grand-mère. Les femmes de son entourage lui ont inculqué nombreuses de ses valeurs et donné du courage pour faire face au monde avec son handicap moteur. Elle raconte avec émotion comment sa grand-mère s'est battue pour que Salima ait accès à la scolarité comme les autres enfants.

Salima a grandi dans un village de bord de mer, jouant beaucoup avec les autres enfants, aimant les taquiner et faire diverses coiffures. Elle décrit une enfance heureuse, mais elle rencontre différents obstacles et « injustices » liés à son handicap. A la fin du lycée, lorsqu'elle souhaite débiter des études de droit à Alger, Salima se retrouve bloquée par les accès aux bus et aux établissements d'enseignements qui ne sont pas aménagés pour accueillir des personnes en fauteuil roulant. Ces nombreuses injustices pèsent beaucoup sur sa confiance en elle et nourrissent un sentiment de révolte. En effet, Salima commence la construction d'un « grand projet », qui grandit toujours dans son esprit au moment où nous la rencontrons : créer une association pour aider les personnes handicapées en Algérie à avoir les mêmes droits que les personnes valides. N'ayant pas pu suivre les études qu'elle souhaitait, Salima a travaillé au noir quelques mois comme secrétaire de notaire. Elle finit par démissionner, décidant de suivre une cousine à Paris, avec l'espoir d'y suivre les études de ses rêves et de recevoir un meilleur suivi médical. Elle quitte alors l'Algérie en 2016.

Salima ne réussira pas à intégrer une école de droit en France et une dispute avec sa cousine et quelques rencontres l'amèneront assez rapidement à l'association Halte Femme, qui l'orientera au centre quelques mois plus tard. Depuis son arrivée au centre, Salima ne sort pas beaucoup de sa chambre, et alterne entre des phases de grande tristesse, de découragement et des moments où elle se mobilise pour affronter ses difficultés. Elle nous exprime en séance : « *Je suis forte, je veux montrer que je suis forte, même si des fois je ne suis pas en forme* ».

1.b. Le bilan

Salima est une personne qui semble de petite taille malgré son installation en fauteuil. Lorsqu'elle reconnaît quelqu'un dans le couloir, elle l'aborde joyeusement, parlant fort et riant facilement. Salima parle un français maîtrisé, même s'il lui manque parfois quelques mots de vocabulaire.

Son handicap s'exprime au niveau des membres inférieurs par un défaut de développement et un manque de force musculaire. Ses jambes, peu mobilisables, ne peuvent pas la soutenir dans ses déplacements tels que la marche. Sa position vicieuse en fauteuil, et possiblement le manque de verticalisation et d'expériences motrices suite à son arrivée en France, ont entraîné un développement de la colonne vertébrale en scoliose. Son dos semble être la partie la plus douloureuse de son corps. Ses pieds ont été fixés en adduction et rotation interne quand elle était petite. Elle a subi plusieurs opérations et exprime désormais se méfier des décisions médicales. Un chirurgien français lui a prescrit un corset, pour soulager ses maux de dos qui semblent s'accroître avec l'âge, mais Salima le porte uniquement la nuit, le jugeant peu esthétique.

A la suite de la passation de notre bilan, nous avons pu mettre en lumière l'organisation psychomotrice de Salima.

Au niveau du tonus, Salima semble avoir une tenue posturale hypotonique puisque nous observons qu'elle est souvent appuyée sur le dossier de son fauteuil. Sa position de repos est effectivement appuyée sur un accoudoir sur le côté dans une position qui se veut nonchalante. En réalité, l'examen du tonus et l'épreuve des diadococinésies révèlent une hypertonie de fond prédominante. Le biais relationnel de l'examen du tonus vient au premier plan, puisque Salima suit des yeux les moindres gestes de la personne qui la mobilise, et prend de longues inspirations durant toute la passation.

Au moment de la passation de l'Épreuve de Motricité Gnosopraxique Distale, l'hypertonie de fond de Salima s'est surtout vue au moment des mouvements des doigts avec des difficultés de déliement digital. Pour le reste de l'examen au niveau de la proprioception et de l'engagement moteur, Salima a montré des difficultés de repérage de la position de son corps dans l'espace. Lorsqu'elle reproduit les mouvements des bras, ils n'étaient pas orientés comme ils lui étaient présentés, montrant des difficultés au niveau de sa proprioception.

Pour continuer sur les représentations corporelles, nous avons demandé à Salima de choisir un mot pour décrire l'émotion qui la représente le plus. Elle choisit la fatigue, en expliquant qu'elle est à la fois morale et physique. Pour évoquer son corps en ne choisissant encore une fois qu'un mot, Salima répond instantanément qu'elle le déteste. Elle précise qu'elle n'aime pas son corps visuellement. Enfin, pour se décrire de manière générale, Salima nous dit en rigolant « *Je suis une jolie nana* ». Elle nous précise en effet qu'elle aime faire attention à sa tenue et qu'elle est féminine. Effectivement, à pratiquement chacun de nos rendez-vous assez tôt le matin, Salima est apprêtée en accordant parfois les couleurs de son haut à celui de son masque fait main et est maquillée avec soin. Elle finit la discussion en concluant : « *je suis fière de moi* ». Nous lui avons ensuite proposé d'effectuer un dessin d'un personnage. Salima décide alors de se dessiner quand elle était petite, dans une tenue « *pour aller à l'école* ». Elle dessine deux couettes et nous dit en rigolant que parfois elle aime se coiffer ainsi. Elle dessine les détails des vêtements. En analysant sa production, nous ne pouvons nous empêcher de nous questionner sur la nature de son dessin d'elle-même quand elle était enfant. Est-ce que pour elle le dessin est connoté comme « *enfantin* » et cela lui a donc inspiré cette production ? Est-ce qu'inconsciemment, ses nombreuses pensées tournées vers son enfance et ses régressions par les coiffures de son enfance ne seraient pas un moyen pour elle de retourner vers quelque chose de rassurant et contenant ?

Au niveau de son rapport à l'espace, Salima a entièrement investi l'espace de sa chambre. Nous le détaillerons dans une prochaine partie. Pour ce qui est de l'orientation, Salima a l'habitude de prendre divers bus pour se rendre à des rendez-vous dans Paris, donc elle semble bien se débrouiller sur ce plan. Sur les autres aspects de l'espace, nous n'avons rien noté de particulier.

Concernant le rapport au temps, la passation de l'épreuve de rythme de Mira Stambak, qui consiste en la reproduction de structures rythmiques uniquement entendues, a montré une diminution attentionnelle liée à une saturation au fur et à mesure.

Nous avons alors pu observer grâce à ce bilan des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, une fatigue psychique et une proprioception hypothétiquement peu efficace. Après ces observations psychomotrices mises en lumière grâce au bilan, nous avons pu construire un projet thérapeutique. Nous avons souhaité orienter nos séances sur la régulation tonique grâce au travail de conscience corporelle et de verbalisation des ressentis. Le créneau horaire était en milieu de matinée, de manière à proposer à Salima un rendez-vous fixé dans la semaine où elle pouvait se lever, s'apprêter et sortir de sa chambre. Nous avons également travaillé sur sa mobilisation. Un rituel de début de séance lui était proposé, autour du réveil des trois systèmes du corps : la peau par le lissage, les muscles par le massage et les os par les percussions. La séance continuait sur de la relaxation, avec une attention particulière sur l'écoute des sensations corporelles. Ce temps de relaxation était proposé au sol sur un tapis. Nous avons choisi cette proposition pour lui offrir l'exploration d'un autre niveau de l'espace, hors de son fauteuil et de son lit. Le sol pouvait aussi offrir des sensations brutes d'unité corporelle. A la fin de la relaxation nous lui avons proposé un temps de verbalisation, sous différentes formes : dessins, chants, ou libre.

2. Bernard

Bernard arrive pour la première fois dans notre salle un mercredi de janvier. S'apprêtant à aller en rendez-vous, il est accompagné de son travailleur social qui souhaitait que nous nous rencontrions pour qu'on lui indique notre rôle. Il se montre curieux et nous planifions un prochain moment pour nous entretenir plus longuement avec lui.

Bernard a une stature imposante quand il entre dans la salle. Il nous apparaît avec une silhouette élancée. S'il est svelte, ses pieds sont ancrés avec lourdeur dans le sol et lui permettent une stature droite accompagnée d'un regard fixé vers l'avant. S'il nous paraît plus jeune, Bernard est en réalité âgé de soixante-douze ans, ses cheveux sont blancs et ses vêtements soignés. En écrivant ces quelques lignes, Bernard nous renvoie l'image d'un arbre. Un grand arbre, résistant au vent et ayant réussi à planter ses racines dans le sol de ce centre.

2.a. Histoire de vie : la perte et les racines

Bernard, par son investissement conséquent de l'espace de parole, nous devance quand il s'exprime. Il nous donne d'emblée des éléments sur sa vie en nous prévenant que s'il commence à parler, « *cela pourrait durer des jours* ». Il est arrivé au centre quatre années auparavant, après avoir résidé dans plusieurs hébergements d'urgence sur Paris.

Bernard nous retrace son enfance marquée par la mort de son père au front en Algérie lorsqu'il avait dix ans. En hommage à son père, Bernard est devenu soldat à sa majorité et a servi pendant douze années ; sa droiture semble en témoigner. Il a rencontré sa femme et a fait le choix de l'amour plutôt que de l'armée. Avec elle, ils ont eu une fille. Suite à son engagement militaire, il a multiplié les emplois dans le domaine du transport.

Malheureusement, un drame marque un tournant dans sa vie. Dans les années 1990, Bernard perd sa femme et sa fille dans un accident de la route. S'ensuit une grave dépression le conduisant à faire deux tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation psychiatrique de deux mois. Bernard nous explique détester les « *blouses blanches* » qui lui auraient prescrit des médicaments inefficaces.

A sa sortie, un départ impulsif le conduit en Allemagne pour tenter de « *changer d'air* » et faire son deuil. Cette escapade durera dix années d'errance et de galères le conduisant à la rue ou dans divers centres d'hébergement. Revenu en France, cela fait six ans qu'il vit à Paris, en Centre d'Hébergement d'Urgence. Après son long parcours, il semble s'être implanté dans cette structure, comme enraciné tel que pourrait être l'arbre. Il nous a confié vouloir finir « *ses vieux jours* » ici. Il a ses habitudes et ses repères même s'il nous indique ne pas avoir réussi à tisser de liens. Néanmoins, il s'arrête régulièrement prendre un café avec les travailleurs sociaux. Son référent nous explique qu'il incarne une image positive d'« *homme fiable* ». Car en effet, c'est un monsieur vers qui les résidents se tournent régulièrement.

Suite à notre rencontre, lors de ce rendez-vous qu'il avait avec son référent et la cheffe de service, on lui a fait comprendre qu'il résidait au centre depuis trop longtemps. Le faire entrer en pension de famille serait la prochaine étape, plus pérenne. Il refuse cette proposition et menace depuis lors de prendre son sac à dos et repartir à nouveau.

2.b. Le bilan

Au fil de nos rencontres avec Bernard, nos observations nous permettent d'en faire une analyse psychomotrice. Si nous avons créé une grille mêlant passations de bilans et simples observations, nous avons rencontré des difficultés à le faire adhérer sur le plan corporel ou graphique à nos propositions. Par son investissement de l'espace de parole, nous avons remarqué que Bernard semblait se saisir du dialogue pour maîtriser la situation et éviter de se laisser surprendre par nos propositions.

Bernard se montre souriant. Sur un ton jovial, il lui arrive de nous faire des blagues provenant de son émission préférée, les « *Grosses têtes* ». Cependant, il peut également avoir un discours fataliste marqué par des idées morbides : « *Je pourrais me jeter dans la Seine mais en ce moment elle est trop froide* » ou bien « *je ne vais quand même pas me jeter par la fenêtre et en même temps, je ne suis qu'au premier étage* ». Sa droiture semble être induite par sa rigidité au niveau de son buste et de ses membres. En effet, lors d'un exercice d'échauffement des bras, Bernard a pu nous montrer une tension corporelle élevée, avec des mouvements entrecoupés de paratonies. Néanmoins, Bernard a pu nous laisser examiner son tonus. Il a montré une réelle capacité de relâchement. Il nous dit par ailleurs en rigolant qu'il « *fait le mort* ». Sa crispation s'entend lors de sa mise en mouvement. Il suffit d'écouter les craquements de ses os. Il décrit son corps comme « *rouillé* ». Il révèle finalement, dans ses déplacements ou ses mobilisations lors d'exercices d'étirements, une hypertonie qui semble liée à une hypervigilance. Même s'il semble adhérer et se montrer curieux envers nos propositions, il reste néanmoins méfiant et attentif à nos moindres réactions. Il serait alors possible de penser que Bernard, au fil de son histoire de vie marquée de ruptures, ait développé une méfiance envers les personnes qu'il rencontre. Cette méfiance pourrait se nicher dans son corps sous forme d'hypervigilance le rendant tendu, comme s'il était prêt à bondir à n'importe quelle situation. Il nous le dit par ailleurs, qu'il est systématiquement méfiant lorsqu'il rencontre quelqu'un et ne baisse sa garde que lorsqu'il se sent vraiment en confiance. Cette hypertonie facilement perceptible chez Bernard ressemble à une carapace de tensions le protégeant. En évoquant le terme carapace, nous pouvons penser à la notion d'enveloppe, que nous explorerons plus tard dans ce mémoire.

Nous n'avons pas pu explorer grâce au dessin du bonhomme ou à des tests standardisés sa représentation de son corps. Cependant, nous avons profité de son aisance verbale pour lui demander de se décrire. Bernard se sent jeune dans sa tête mais son corps ne le suit pas. Il se voit vieillir et a du mal à l'accepter. Lorsqu'il nous exprime cela, il nous montre la peau de son avant-bras qui se fripe et se distend. Si Bernard nous est apparu comme un arbre, vivant, lui se décrit par le biais d'objets inertes, comme « *une machine qui s'use et programmée pour mourir* », comme « *un bateau qui navigue encore mais qui peut chavirer à tout moment si le vent vient à souffler trop fort* ». L'image qu'il se fait de son corps semble pessimiste et reliée à son vieillissement inéluctable. Il semble miser sur son apparence, grâce à des vêtements à la mode, pour combler cette image dénigrée qu'il a de lui : « *un immeuble peut être beau en façade mais abîmé à l'intérieur* ».

Chaque semaine, Bernard se présente à nos rendez-vous avec une dizaine de minutes d'avance. Il nous étonne régulièrement par sa capacité à retenir des dates et à jongler avec les éléments du calendrier grâce à des calculs réalisés instantanément.

Suite à ce temps de rencontre de bilan, nous lui proposons de le voir toutes les semaines à l'heure qui lui convient, pour essayer de faire le lien entre ses émotions plus ou moins verbalisées et leurs inscriptions dans le corps. Ceci dans le but de reconstruire un lien entre la sensation, la représentation et l'émotion. Nous lui proposons alors un espace de parole et d'accompagnement à sa verbalisation qui semble aisée pour lui. Progressivement nous avons essayé d'apporter des propositions plus corporelles, nous verrons plus loin comment il s'en est saisi.

II- LE CORPS, L'ESPACE ET LE TEMPS

Dans la grande précarité, les rapports à l'espace et au temps paraissent bouleversés. Il semblerait que l'espace de la rue, cet espace indéfini, puisse brouiller toute notion de limite normalement perçue dans un logement. En parallèle, les contrastes temporels entre l'urgence de la survie et l'attente incertaine sont si forts qu'ils peuvent bouleverser la temporalité de l'individu. La personne tente alors de s'organiser comme elle peut dans ces deux dimensions.

S'inscrire dans un Centre d'Hébergement d'Urgence demande de s'imprégner de la temporalité et de la spatialité qui s'y trouvent. Mais cette appréhension de l'espace et du temps ne peut se faire sans le référentiel du corps propre. D'après M. MERLEAU-PONTY, « *Je ne*

suis pas dans l'espace et dans le temps, je ne pense l'espace et le temps, je suis à l'espace et au temps. Mon corps s'applique à eux et les embrasse. » (Cité par J. DE AJURIAGUERRA, 1962).

Comment pouvons-nous comprendre l'investissement corporel de Salima et Bernard dans la temporalité et la spatialité de l'institution ? Quel peut être leur propre rapport à l'espace et au temps ?

1. Un rapport à l'espace modifié

1.a. L'espace et le schéma corporel, deux notions imbriquées

L'espace est décrit comme une surface indéfinie qui contient les objets et dans laquelle se situent nos perceptions. La structuration de l'espace est un passage essentiel pour qu'une personne puisse se repérer et agir sur son environnement. L'enfant, pour s'approprier l'espace, va d'abord devoir s'approprier l'espace de son corps comme référentiel. Effectivement, ses expériences sensori-motrices et un développement psychoaffectif adapté lui permettront d'appréhender les espaces de son propre corps, en intégrant d'après C. PAVOT et A-C. GALLIANO (2011, p.219-251), « *un dedans et un dehors déterminés par les premières enveloppes, puis par la conscience d'un soi délimité et unifié* ». Une fois que l'espace de son corps sera assimilé, l'enfant va dès lors pouvoir se représenter l'espace qui l'entoure et agir sur lui. Avant de poursuivre, rappelons ce processus de perception de l'espace expliqué par ces mêmes auteurs. A la naissance, l'enfant subit l'espace puisqu'il n'est pas maître de ses déplacements. Vers quatre mois, son espace est vécu au même titre que ses coordinations et sa préhension. Entre deux et huit ans, le langage évolue et entraîne avec lui une possible orientation et perception de l'espace. Cependant, cette appréhension de l'espace reste reliée au vécu corporel de l'enfant. Enfin, après huit ans, les repères deviennent extérieurs au corps de l'enfant. Il peut dès lors le projeter et l'intellectualiser.

Lorsque nous parlons d'espace du corps comme référentiel, la notion de schéma corporel nous vient à l'esprit. Sa représentation se développe parallèlement à l'intégration de l'espace, au fil des expériences corporelles. Le schéma corporel permet de connaître les différentes parties du corps, leur positionnement, la relation entre elles. Il est également lié à toute stimulation sensorielle qui le modélise en permanence. DE AJURIAGUERRA le définit ainsi :

« Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » (DE AJURIAGUERRA, 1962, p.163-183).

Il semblerait que dans la rue, comme le décrit A. CONSTANT en 2015, la personne soit en permanence exposée à une sensorialité qui lui est imposée. Cette exposition peut avoir une incidence sur les limites de son corps et son schéma corporel qui, nous l'avons dit, se façonne par les sensations tant internes qu'externes. A l'arrivée au CHU, il semble que cette sensorialité persiste et puisse avoir des conséquences sur la représentation du corps des résidents.

Nous avons abordé la représentation du corps en définissant le schéma corporel. Mais une autre notion semble indispensable à notre réflexion clinico-théorique. C'est la notion d'image du corps, introduite par P. SCHILDER en 1935 et à maintes reprises complétée par les psychanalystes. Cette image constitue une représentation que nous nous faisons de nous-mêmes. Cette représentation se remanie continuellement avec nos expériences psychocorporelles et relationnelles (C. POTEL, 2010). Cette image est inconsciente et place le corps à la fois comme un support physique et affectif. Comment les résidents peuvent-ils alors s'implanter corporellement dans ce nouvel espace qu'on leur propose mais qu'ils ne possèdent pas ?

Nous avons dessiné les contours théoriques de la représentation du corps inhérente à l'espace qu'il occupe. A présent, nous allons pouvoir visualiser, grâce à notre clinique, ce rapport corporel à l'espace pouvant être altéré au sein de l'hébergement.

1.b. S'installer dans un espace partagé

L'arrivée des résidents au CHU est marquée par l'attribution d'une chambre le plus souvent partagée avec un autre. Cet autre résident est sans doute hébergé dans cet espace depuis quelque temps. Il y a déposé ses affaires, déployé ses habitudes, établi des repères et instauré une relation de confiance avec son colocataire précédent. Pour ce nouvel arrivant, un temps semble nécessaire pour apprivoiser ce nouvel espace rempli de sensorialités qui ne lui sont pas familières. Puiser dans ses ressources pour s'adapter semble être essentiel, encore faut-il que

ses capacités d'adaptation soient conservées. Nous ne pouvons parler d'espace sans évoquer la notion de distance. Elle sépare des objets ou des personnes contenus dans cet espace. La distance entre les deux résidents se résume dans la chambre à une certaine promiscuité. Cependant, cette proximité semble être plus ou moins bien vécue selon nos origines culturelles et notre fonctionnement sensoriel. E.T. HALL (1971) a largement étudié ce sujet dans ses travaux sur la proxémie. Cette notion fait référence à l'étude des distances sociales dans les relations interpersonnelles. HALL explique que l'Homme nécessite, autour de lui, d'une « bulle » de sécurité qui mette à distance l'autre et qui garantit un espace nécessaire à son équilibre. Or, ce périmètre autour de la personne varie en fonction de ses perceptions sensorielles et de sa construction psycho-socio-culturelle. E.T. HALL nous parle de plusieurs distances : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Il nuance encore ces distances par des distinctions d'espaces proches et d'espaces éloignés. Il semblerait que dans la chambre, la distance intime puisse être impactée. Celle-ci est comprise entre quinze et quarante-cinq centimètres. Si une intrusion arrive, alors la personne peut se montrer gênée ou stressée car c'est la « *distance du secret* ». Effectivement, selon notre culture, les sens sont développés différemment. Certaines cultures accordent de l'importance aux silences lorsque d'autres semblent moins dérangées par le bruit. Si le périmètre spatial de la personne est pénétré ou bien réduit par la promiscuité, des réactions de défenses comme l'agressivité peuvent émerger.

Au sein du centre, les chambres sont fréquemment partagées entre résidents de nationalités différentes. Ils ne partagent donc pas la même culture, en particulier ses proxémies. Il faut alors prendre sur soi pour accepter les ronflements de l'autre, une télévision longuement allumée, des émanations d'alcool ou la fumée. D. LE BRETON (1992) évoque les difficultés de cohabitation en s'intéressant au corps. Dans les premiers instants de ce partage d'un espace exigü, il nous décrit un corps qui gêne, un corps qui devient un poids, un corps qui viendrait trahir la volonté de se faire discret. Les résidents peuvent alors dans un premier temps tenter d'effacer leur expression corporelle. Mais ce corps ne peut pas toujours être contrôlé, un malaise est décelé dès que « *le corps ne passe pas inaperçu comme le voudrait l'étiquette de discrétion* » (1992).

S'installer signifie s'implanter de façon durable. Pour ce faire, il faut y déposer ses affaires, aménager des éléments pour que l'espace nous convienne et puisse être le plus adapté à notre routine. Dans le cas de ce dispositif, la durée d'hébergement est incertaine. Comment peuvent

s'installer les résidents dans un lieu qui n'est pas le leur et avec cette incertitude temporelle ? Comment les résidents peuvent-ils réinvestir un lieu lorsqu'ils ont perdu leur logement précédent ?

Un jour, en raison d'une panne d'ascenseur, Salima nous a proposé d'entrer dans sa chambre individuelle le temps d'une séance. Elle a pu largement s'installer dans l'espace de sa chambre individuelle. Sur tous les murs sont accrochés des posters de paysages, des photographies la montrant entourée d'autres hébergés lors de sorties organisées par l'animateur. Quelques objets de décoration sont présents. Les vêtements sont pliés et rangés dans la commode, ses valises fermées et glissées sous son lit. La télévision est restée allumée, comme pour garantir un fond sonore. Salima nous confie ne pas se sentir chez elle au centre. Elle nous indique que les murs sont très mal isolés. Une nuit, elle a pu être réveillée par un autre résident alcoolisé qui s'était trompé de chambre. Si elle semble avoir investi son espace privé dans lequel elle se renferme, elle ne descend que très peu dans les espaces communs.

Nous avons donc parlé des difficultés de distanciation au sein de la chambre du Centre d'Hébergement d'Urgence. Nous allons désormais étudier la question de l'intimité au sein de cet espace partagé.

1.c. Essayer de se sentir comme chez soi

Un jour, lors d'une réunion avec l'équipe, l'animateur et un travailleur social ont présenté un projet de construction de paravents. Cet atelier destiné aux résidents leur permettra d'en installer un dans chaque chambre double pour délimiter l'espace. S'il laisse passer les sons, le paravent cache, il masque visuellement. Il est une sorte de frontière aux regards indiscrets. L'espace de la chambre, dans la culture occidentale, est normalement un lieu intime. C'est-à-dire qu'il préserve la personne des curiosités d'autrui. La chambre est donc l'inverse de la rue, qui est l'espace de tous, dans lequel l'intimité est difficilement possible.

L'accès à l'intimité dans l'enfance n'est pas inné, il se construit au fil du temps. Ce processus passe par la capacité à considérer le corps comme le sien et différencié de l'autre. Il nécessite alors d'intégrer son intériorité et d'être réceptif à ses propres besoins internes, ses propres sensations et perceptions. Mais pour accéder à cette intériorité, il est nécessaire d'éprouver un espace intérieur, délimité et sécurisant. Cette étape nous amène à penser aux enveloppes délimitant l'intérieur et l'extérieur du corps. Ce sujet sera abordé prochainement.

L'intimité peut également être psychique. Elle permet de garder en soi des souvenirs et des secrets qui nous appartiennent et que nous ne voulons pas divulguer. La quête d'intimité engendre la pudeur. Elle est une disposition à se retenir de montrer quelque chose considéré comme trop personnel. Être pudique, c'est affirmer que le corps est à soi et qu'on peut en prendre soin. (POTEL, 2010). Il semble donc nécessaire d'avoir un espace physique à soi pour se retrouver et ainsi prendre soin de soi. Les qualités de la chambre de l'hébergement permettent de délimiter cet espace dont on a besoin pour se retrouver. Les murs sont opaques et solides, la porte se ferme à clé. La mise à l'abri est possible grâce aux caractéristiques physiques que possède cet espace. Cependant, la collectivité induit des chambres partagées avec quelqu'un qui n'a pas été choisi. La vie privée doit alors en partie être dévoilée à l'autre résident. L'intimité est difficilement accessible car elle est menacée par les regards de l'autre résident.

Néanmoins, certaines fois, la présence des autres en permanence peut permettre de combler un vide lorsqu'on est incapable d'être seul (O. JAN, 2015). La présence des autres autour d'eux permet la survie. La notion de capacité à être seul a été introduite par D. WINNICOTT. Elle est possible après un apprentissage de la solitude au cours de la petite enfance. D'abord, lorsque « *l'immaturation du moi est compensée* » par la mère, l'enfant apprend à être seul en présence de sa mère. (WINNICOTT D., 1969, p.209) Plus tard, l'enfant devient capable d'intérioriser sa mère et s'en détache de plus en plus, sans avoir besoin de lui faire appel. C'est alors qu'il devient capable d'être seul.

Cela fait écho à ce que nous dit Bernard, au fil de nos rencontres. Bernard se dit observateur. Il se poste longtemps derrière sa fenêtre à observer les mouvements. Bernard s'entend bien avec son colocataire avec qui il a tissé des liens forts, il est souvent invité par les travailleurs sociaux à prendre le café, il ne se plaint jamais des bruits qui pourtant peuvent le réveiller, il ne se verrait pas vivre dans une petite ville qu'il juge « *trop monotone* ». Est-il rassuré par l'animation qui atteste de la vie au sein du centre ? Toute cette sensorialité largement perceptible l'aide-t-il davantage à se sentir vivant ? Mais Bernard est ici depuis trop longtemps et va devoir trouver une pension plus autonome. Cette annonce des travailleurs sociaux ne lui correspond pas. Il y réagit avec un discours fataliste indiquant que « *l'ennui [le] tuera* » quand il sera dans ce nouveau logement. Lors de nos rendez-vous hebdomadaires en psychomotricité, nos observations nous ont permis de comprendre que Bernard semble

mettre son corps à distance. Il investit largement l'espace de parole, nous décrit mécaniquement son corps « *programmé pour mourir* », il se décrit en utilisant des phrases déclaratives qui ne l'impliquent pas directement : « *un immeuble peut être beau à l'extérieur mais abîmé à l'intérieur* ». A plusieurs reprises, nous avons tenté, par divers biais, de mobiliser les parties du corps autour de propositions de mimes, de mouvements, d'étirements assis. Il nous a fallu longuement argumenter pour qu'il arrive à les investir avec une tension corporelle flagrante. D'autre part, Bernard ne supporte pas être pris en photo, il n'aime pas se voir.

Il est possible que la volonté de rester dans cet hébergement animé peut être perçue comme une fuite de l'intimité. Peut-être que Bernard ne veut pas se retrouver seul pour ne pas avoir à porter une trop grande attention sur lui, sur son corps qu'il met à distance ? Lui qui se décrit mécaniquement, en ne relevant que les traits de son apparence, n'est peut-être pas en capacité de se retrouver avec lui-même, ce qui ferait émerger ce qu'il y a en profondeur. Si la solitude semble difficile pour Bernard, peut-être qu'il accède plus facilement à une capacité à être seul en présence des autres. Nous pouvons supposer que la fragilité de son moi a besoin d'être compensée par le soutien d'autrui.

Nous avons parlé d'intimité physique. Mais il semble que l'intimité psychique peut être mise à mal lorsqu'il est nécessaire de retranscrire son parcours personnel aux travailleurs sociaux. En effet, exposer systématiquement son histoire personnelle à différents individus peut être coûteux en énergie psychique.

Contrairement à la majorité des résidents, Salima bénéficie d'une chambre individuelle dans laquelle l'intimité physique et la pudeur lui sont garanties bien que ce ne soit pas assez sécurisé pour elle. Mais finalement, cette intimité n'est pas entièrement possible puisqu'elle doit déverser son intimité psychique aux travailleurs sociaux en réexpliquant son histoire de vie à chaque changement de travailleur social. Nous détaillerons ce point juste après.

Nous avons insisté sur l'organisation du corps dans l'espace. Mais comme le dit J. DE AJURIAGUERRA (1962), « *Le corps est dans un espace et dans un temps* ». Intéressons-nous dès lors au rapport au temps de Salima et Bernard.

2. Un rapport au temps bouleversé

2.a. Temps objectif, temps subjectif

Le temps, au même titre que l'espace dont il ne peut être dissocié, est un organisateur du corps. Défini par le dictionnaire LAROUSSE (s.d.) comme un « *mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé* » au fil d'événements qui se succèdent, le temps est un concept essentiel à notre intégration au monde. Son assimilation nécessite une structuration temporelle qui s'acquiert au fil des expériences sensorielles, motrices et relationnelles. Le temps se vit grâce aux rythmes internes comme externes, le temps se perçoit par la répétition des gestes dont l'enfant intègre le déroulement. Enfin, le temps se représente et peut alors être pensé et estimé en dehors d'une action. (GALLIANO A-C et al., 2011, p. 219-253)

Nous ne pouvons parler de cette dimension sans évoquer les deux types de temps. Le temps objectif est commun à tous, il est un référentiel invariant auquel nous devons nous adapter. Synonyme du temps de l'horloge, du temps qui passe et qui nous échappe, il est censé ne pas dépendre de nous. Nous nous y adaptons en respectant les horaires, en se couchant la nuit tombée, en inscrivant une date sur un calendrier. A l'inverse, le temps subjectif dépend de chacun, il est individuel. Sa perception s'évalue en particulier grâce à nos éprouvés et nos impressions en lien avec nos émotions. C'est le temps qui passe trop vite, les secondes qui durent des heures.

Dans le cas des personnes rencontrées au CHU, nous nous sommes aperçues que la temporalité se différencie de celle retrouvée à l'extérieur du centre. Sachant cela, il est possible de se questionner sur la notion de représentation temporelle qui est impactée. La perception objective et subjective du temps dans un référentiel journalier peut être atteinte. Les personnes semblent rythmées par les horaires fixés sur les besoins fondamentaux : sommeil et alimentation. L'alimentation est commune à tous et permet à certains résidents de se retrouver. Entre-temps, dans les moments qui séparent ces besoins, le rapport au temps subjectif intervient. Certains sont pris dans la frénésie de leur travail, ne déjeunant qu'en quelques minutes avant de repartir. D'autres, la démarche nonchalante, prennent un moment pour discuter avec les assistants sociaux éducatifs, se servent et mangent dans une lenteur feignant la tranquillité, comme s'ils ne se souciaient guère du temps puisqu'il leur appartient. Pourtant, les personnes qui nous expliquent les étapes de leur suivi au sein du centre nous expriment en réalité leur attente. De nombreux hébergés vivent dans ce centre depuis au moins un an. C'est-

à-dire que cette année, qui n'aurait dû n'être qu'un sas, un transit, se retrouve être une salle d'attente de longue durée. Le temps de l'urgence s'étend jusqu'à s'étioler. Les résidents se retrouvent comme « *bloqués* », interceptés dans leurs désirs et leurs projets d'une vie rêvée, ils ne peuvent accélérer leurs démarches et se trouvent alors impuissants. Parmi les facteurs ralentissant les démarches, nous retrouvons les changements réguliers de l'équipe sociale.

Salima nous raconte que depuis ses quatre ans de présence au centre, elle a présenté de nombreuses fois son parcours et son projet à différents travailleurs sociaux, sans avoir de réelles visibilité sur les avancées. Elle nous dit être à bout, elle n'a plus envie de décrire son parcours, cette description de son passé lui est coûteuse.

D'après P. DECLERCK (2003), « *Les sujets à qui l'on demande de se raconter à tout bout de champ en souffrent, car il est une hémorragie identitaire de la parole comme il en est du sang. Le sujet s'épuise et s'égare dans cette sur sollicitation de ses raisons et de son histoire.* »

L'ombre d'un paradoxe se dessine au fur et à mesure de cette réflexion autour de la perception du temps. Cela fait écho à une des premières phrases prononcées par la cheffe de service : « *Faites attention, quand vous serez ici vous aurez une tout autre perception du temps, ne vous laissez pas avoir* ». Le premier jour, nous étions happées par la frénésie des diverses questions que l'on nous posait, les nombreuses rencontres et étourdies par nos propres questionnements. Finalement, lorsque nous avons progressivement décidé de nous accorder au diapason des personnes qui venaient à nos séances, nous nous sommes rendues compte que nos journées s'étiraient, faisant résonner les paroles de la cheffe de service. Nous n'étions pas prises dans le tourbillon qu'elle nous décrivait, mais plutôt dans une position de spectatrices attentives. Nos quelques rendez-vous dans la journée semblaient déjà être une réussite, d'avoir reçu une personne suite à un rendez-vous fixé plus tôt dans la semaine ou dans la journée, que nous n'attendions pas plus des résidents. Peut-être que la position que nous avons prise inconsciemment était celle de l'attente. Nous attendions que les résidents viennent à nous, selon leur temporalité. A l'inverse, nous avons constaté que les travailleurs sociaux ont un positionnement actif, permettant de pousser les résidents dans leurs démarches.

Nous allons dans cette partie pouvoir nous intéresser au passé, au présent et au futur et tenter d'observer comment les résidents s'en saisissent dans leur dynamique psychocorporelle. Pour commencer, penchons-nous sur les influences du passé inscrites dans les corps de Salima et Bernard.

2.b. Influences du passé sur le fonctionnement psychocorporel

Le temps passe et entraîne avec lui la vie du sujet, son histoire qui évolue et se remanie perpétuellement. Le temps marque, il permet à l'individu de se remémorer ses souvenirs. Si les archives du passé peuvent s'inscrire dans la mémoire, elles sont éminemment corporelles. Au Centre d'Hébergement d'Urgence, les témoignages peuvent en dire long sur les expériences difficilement vécues dans le passé et souvent non résolues. Parallèlement, ces maux s'inscrivent dans le corps et le modélisent au fil des années. Tous les corps se différencient donc par leur tonus. Il est l'état de tension permanente des muscles qui « *constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interactions avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique* ». (ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., 2012, p.145). Le tonus est ainsi relié au contexte environnemental et varie en fonction des émotions du sujet. La tension dans notre corps peut s'accroître lorsque nous sommes angoissés ou nerveux. A l'inverse, les épisodes de découragement ou de dépression peuvent s'accompagner d'un déficit de tonus.

Nous ne pouvons retranscrire une description généralisée des organisations toniques des résidents puisqu'elles sont toutes dissemblables. Cependant, les deux versants toniques précédemment présentés peuvent nous évoquer les corps de Bernard et Salima.

L'histoire tonique de Salima semble débuter par une hypotonie axiale reliée à son handicap et induisant une faiblesse musculaire dans ses membres inférieurs. En effet, pendant nos séances de relaxation, nous commençons par un temps d'éveil corporel assis au sol. Salima peut glisser de son fauteuil pour s'installer sur son tapis, mais quand vient le moment de s'asseoir, Salima est contrainte de prendre appui sur le mur, sinon elle ne peut tenir son axe. Cet excès d'hypotonie a pu impacter son portage et entraver sa communication car nous le savons, le bébé se sert normalement de son hypertonie pour projeter ses tensions internes. De plus, nous pouvons poser l'hypothèse que le corps de Salima ait été intrusé par le vaccin périmé injecté dans sa petite-enfance ainsi que par les soins invasifs lors d'hospitalisations multiples. Peut-être que par la

suite, pour limiter sa faiblesse musculaire et éviter toute autre effraction, son corps a créé des défenses. Nous pourrions spécifier ces défenses en évoquant la possible paroi tonique qu'a pu se constituer Salima. En effet, cette paroi, comme une barrière hypertonique à la fois imperméable et anesthésiante (ROBERT-OUVRAY S., 2007, p. 178-179), est probablement un moyen d'empêcher toute agression externe. Nous pouvons relier l'histoire tonique de Salima avec ce qu'elle nous en a dit sur son caractère. En grandissant, le corps de Salima a pu se forger en même temps que son « *mental d'acier* » en tentant de ressembler à sa grand-mère à laquelle elle s'identifie, cette dame qui incarnait la force et le courage. Aujourd'hui, son hypertonie de fond est facilement observable dans ses praxies manuelles, sa difficulté à se détendre en relaxation ou lors de l'examen du tonus. Cependant, son manque de tonicité semble ressurgir lorsque sa situation la rend triste et la décourage. Elle semble être « *sans ressorts, sans énergie, dans des états d'hypotonie et de mollesse désagréables* ». (ROBERT-OUVRAY S., 2007).

La rigidité musculaire de Bernard semble en dire long sur son histoire tonique. Dans les années 1990, Bernard est anéanti par la perte de sa femme et de sa fille. Son effondrement se répercute sur son humeur, la rendant dépressive. Mais il est également possible d'imager la notion d'effondrement sur le plan corporel. Cet effondrement nous fait penser à une chute, une baisse soudaine et brutale du tonus. Bernard a peut-être vécu une hypotonie liée à un accablement face à son deuil. Mais le caractère impulsif de Bernard l'amène à se relever et à fuir sa situation d'abattement. Il se relève donc et part en Allemagne mais sa situation précaire le maintient sur le qui-vive, il se méfie de toute agression externe avec une hypertonie d'hypervigilance. Il a pu se créer au fil du temps une carapace tonique l'amenant à fuir et limiter ce qui vient du dehors comme ce qui vient de l'intérieur de lui. Peut-être que son hypertonie est un moyen de se défendre de ses pensées obscures qui comme par hasard peuvent resurgir dans des moments où il se sent en confiance, comme en psychomotricité, en abaissant sa méfiance et donc son hypervigilance. « *La paroi psychocorporelle dure ne laisse plus passer les informations, qu'elles viennent du dehors ou du dedans* » (ROBERT-OUVRAY S., 2007) mais lorsque cette paroi tonique se ramollit, les informations semblent donc revenir avec une intensité si forte que refermer cette paroi tonique semble judicieux. Les défenses de Bernard font barrière à toute nouvelle tentative de lien. Cela peut être un moyen de ne pas prendre le risque de perdre à nouveau ces liens. Bernard semble

tout mentaliser car ses émotions n'ont plus la possibilité de s'inscrire dans son corps qui n'est plus que barrage tonique inerte. Sa souffrance « *se trouve contournée par l'idéal féroce de l'Homme machine dont toutes les pièces sont en état de marche* » (F. RATIER, 2007, p.40-48), mais dont le tonus est si élevé que le corps ne peut avoir qu'une fonction anesthésiante des événements tragiques. Le corps de Bernard semble désinvesti de tout plaisir.

Si les empreintes du passé peuvent s'inscrire corporellement, le discours peut lui aussi être marqué par les événements dépassés. Le passé semble marquer l'histoire de vie des résidents et s'imprégner dans leur corps. Regardons de plus près comment les résidents jonglent entre l'instant passé et le temps présent.

2.c. Retranscrire le passé à défaut de s'inscrire dans le présent

Le passé rassemble tout ce qui est maintenant révolu, achevé. Il permet de nous créer des souvenirs que l'on se raconte à nous-mêmes et qui attestent de notre inscription dans ce temps qui défile. Le présent étant investi fragilement et le futur se dessinant avec incertitude, il est souvent plus aisé pour les résidents de se replonger dans un passé qu'ils maîtrisent.

D'après M. ENRIQUEZ (2003), « *Il y a chez tout être humain qui aspire à se penser comme individu singulier une insistance subjective qui le pousse à la remémoration et à l'investigation du passé. Désirer connaître les « commencements », vouloir « retourner en arrière » pour s'orienter dans le temps, le retrouver, le maîtriser sont coexistants à la vie.* »

Certains ont pu nous raconter avec nostalgie des événements passés, parfois douloureux, parfois heureux, mais qui légitiment leur présence au centre, comme un récit autobiographique faisant office d'« *enveloppe identitaire* » (DECLERCK, 2003). En psychomotricité, nous avons eu l'occasion, avec nos propositions, de faire émerger ce qui pouvait venir du passé, que les personnes pouvaient à la fois maîtriser et saisir à leur manière, comme pour donner une continuité aux souvenirs pour les rendre plus proches.

Salima nous évoque facilement des souvenirs d'Algérie, des souvenirs d'enfance, des séjours à la montagne, elle nous parle de ses sœurs restées à Alger. Dans sa manière de nous raconter ces événements, sa nostalgie est facilement palpable. Lors d'une séance avec elle, un moment de conscience corporelle a été proposé en lien avec

la voix. Salima a pu trouver l'idée d'une berceuse qu'elle appréciait petite et nous l'avons toutes les trois fredonnée, une fois allongées sur le dos, après un temps de retour à soi. Cette proposition a été un moyen de ressentir les vibrations internes causées par le passage du son dans la cage thoracique. Il lui a permis de se détendre progressivement, en pensant indirectement à la respiration. Suite à son expérimentation, Salima nous a expliqué pourquoi elle avait choisi cette berceuse et son air lui rappelait les moments de partage en famille lors du Ramadan. Nous avons pu discuter longuement autour de ce souvenir nostalgique et de toutes les sensorialités qui revenaient en surface mais qui lui manquaient.

En évoquant la notion de sensorialité, nous avons un jour proposé avec la socio-esthéticienne un atelier groupal autour des cinq sens. Toutes les trois, ainsi que cinq résidents étions autour de la table. Nous avons avec nous un orgue à parfum et propositions d'évoquer nos sensations quant aux différentes odeurs. De plus, nous avons amené avec nous de nombreux fruits possédant des textures, des amertumes et acidités variées. L'idée était de verbaliser autour de ces sensorialités liées aux goûts et aux souvenirs qu'ils pouvaient renvoyer. Igor s'est emparé d'une fiole contenant l'odeur de la jacinthe. Il a pu associer cette odeur à une autre fleur et nous replonger dans son pays natal, l'Ukraine. Igor fermait les yeux de longues secondes puis les rouvrait avec un regard pétillant et un large sourire. Il nous expliqua que cette odeur lui faisait penser à l'odeur d'une fleur bleue qu'il appelait la « Reine de nuit. » Sa mère semait des graines dans son jardin et quand venait le printemps, cette fleur s'ouvrait la nuit, avec un bleu céleste.

Le discours de Bernard est fortement influencé par ce qu'il a vécu et qu'il n'arrive pas à dépasser. Puisqu'il est difficile pour lui de faire un travail corporel, nous avons opté pour des propositions de jeu de faire semblant reliées à des mimes. Assis à table, nous devions mimer la forme d'une boîte contenant des souvenirs. Le but était d'ouvrir cette boîte et de mimer ce qu'elle pouvait contenir. Après les consignes, le silence a vite été brisé par Bernard qui a eu besoin d'étayer ses gestes par des paroles. Il lui fallait revenir à des choses concrètes et réalistes. Si le mime n'a pas suffi pour étayer ses propos, le dialogue a pu être entrouvert grâce à cette proposition dont il s'est saisi. Nous avons essayé de l'aider à mieux imaginer cette boîte en lui demandant de

quelle couleur elle était. Il nous a répondu : « *bleu horizon. Le souci c'est que je regarde au loin mais vers l'arrière. Je n'arrive pas à regarder vers l'avant* ».

Comment s'inscrire dans le présent lorsque les événements passés sont davantage maîtrisables ? Le corps vit le temps présent, mais qu'en est-il de l'esprit ? La partie suivante sera dédiée aux questionnements liés à l'inscription psychocorporelle dans l'instant présent.

2.d. Difficultés d'inscription dans le temps présent

La réalité d'accueil contraste avec la dynamique d'urgence transmise à l'arrivée des résidents. Alors que le centre était décrit comme une parenthèse à court terme, la réalité le transforme en hébergement à long terme. Les perspectives d'avancées administratives peuvent être floues. En attendant de se projeter vers cet horizon brumeux, s'inscrire dans l'instant présent peut alors être délicat. Comment les journées peuvent-elles être rythmées lorsque cette inscription dans le présent est compliquée ? Comment la temporalité subjective des résidents arrive-t-elle à se caler sur la temporalité objective de l'institution ?

Salima, par ses témoignages, nous dessine les contours de ce temps qu'elle semble avoir du mal à investir. Salima est arrivée au centre cinq ans auparavant, pleine d'espoir pour obtenir un titre de séjour pour soin. Elle a pu s'identifier et investir les rythmes de l'hébergement, participer aux sorties proposées, aux animations et événements annuels. Cependant, ses demandes n'aboutissent pas, ses perspectives se referment ou bien stagnent avec le contexte de pandémie. Salima ne peut travailler et donc s'occuper. Elle nous indique se sentir « *bloquée* » dans ce présent qui s'étire et qui n'en finit plus. Dorénavant, Salima ne participe plus à ces moments en collectivité. Elle nous dit se renfermer et ne plus avoir la force de se joindre aux autres. Son quotidien, marqué par l'ennui, semble être majoré par cette solitude. Salima nous indique regarder de nombreuses heures la télévision enfermée dans sa chambre. Elle se couche et se lève tard, ce qui ne lui permet pas de descendre pour le petit-déjeuner. N'ayant plus la force de trouver à s'occuper, la passivité prend le dessus comme pour remplir un vide. Ce ralentissement psychomoteur semble la piéger avec l'accumulation vicieuse de la fatigue. Le corps de Salima semble être mis à distance, il n'est plus que fatigue et tensions inscrites dans son dos.

Pour nos séances, la mobilisation était difficile au début. Salima ne se levait pas. Progressivement, elle a pu venir plus régulièrement, tantôt en pyjama, tantôt apprêtée et maquillée avec soin. Finalement, Salima a pu venir dans cette présentation corporelle à chaque séance, et nous a dit plusieurs fois qu'elle sortait se promener après nos séances.

La passivité vient répondre à cette fatigue physique et psychique. Peut-être permet-elle de stagner au même titre que la situation administrative ? Ce désinvestissement corporel semble être d'après D. LE BRETON., un moyen d'attendre « *que les événements passent sans s'y compromettre et sans comprendre par ailleurs que ne pas s'y impliquer n'est pas sans conséquences en retour de sa propre existence* ».

La passivité de Salima, au-delà de moments de procrastination, peut également être décrite par ses nombreux temps de sommeil en journée. Le sommeil est une « *déclinaison de l'absence, (...) Il n'est pas seulement repos, mais aussi répit.* » (LE BRETON, 2003, p.53). Nous pouvons poser l'hypothèse qu'il est une forme de protection face à cette impuissance d'un temps qui lui file entre les doigts, qu'elle ne peut contrôler. Cela peut être mis en lien avec cette impossibilité de maîtrise de sa propre situation administrative qui se retrouve entre les mains de son assistante sociale. Salima semble alors, malgré sa force de tenir encore, montrer des signes de désinvestissement de soi. Ce désinvestissement se montre dans son inscription dans le temps, qui défile mais où plus rien ne s'y passe. A ce sujet, LE BRETON (2003) continue son propos sur la disparition de soi en disant que la personne « *ne souhaite plus communiquer, ni échanger, ni se projeter dans le temps, ni même participer au présent, [elle] est sans désir, [elle] n'a rien à dire. [Elle] préfère voir le monde d'une autre rive* ».

En effet, au fil de ses quatre années au CHU, il semble que Salima soit passée d'une logique d'espoir à une certaine désillusion. Elle est passée d'une volonté de participer à tout activité collective, à un refus d'y adhérer. Ce changement semble montrer une volonté de Salima de se protéger des déceptions en se positionnant autrement : celle de l'expectative et l'attente que les choses se passent.

Ce rejet des animations, des sorties, des temps en communauté, peut nous faire penser à l'auto-exclusion, théorie décrite par J. FURTOS (2007). Il explique que la personne est découragée par sa situation. Ce découragement qui au départ est révoquant et formulé par le sujet « *se traduit peu à peu par un désespoir absolu qui, lui, ne peut plus s'exprimer en mots* ».

et qui est défini comme la disparition absolue d'agir sur le présent comme sur l'avenir sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). »

Salima semble donc s'exclure des propositions qui lui sont faites, des temps de repas qui pourraient se décrire comme des temps de partage. Lors de nos rencontres en psychomotricité, Salima a quand même réussi à verbaliser ses difficultés à mobiliser sa force pour continuer à y croire, à se battre pour ses démarches. Si elle a du mal à s'inscrire dans le temps présent et commence à s'exclure de la collectivité, elle tente de se projeter dans un avenir meilleur.

En séance de relaxation, la proposition était parfois amenée par des inductions verbales pour accéder à l'imagination. Cette méthode était exclusivement fondée sur l'accompagnement verbal plutôt que la recherche de mouvements ou de mobilisations. Dans ces moments, au bout de quelques minutes, Salima ouvrait les yeux et ne semblait plus écouter les propositions. Elle nous exprimait alors que de nombreuses pensées l'envahissaient, à la fois sur ses projets, mais aussi sur sa famille restée en Algérie. Salima nous offrait un air nostalgique de son pays natal. Dès que du bruit se faisait entendre de l'autre côté du mur, elle se plaignait ne plus se sentir dans « *l'ailleurs* » que lui offrait notre salle.

Dans le cas de Salima, la difficulté d'inscription dans le temps présent, c'est de continuer à y croire. Cette succession de déceptions et de désillusions semble faire perdre le goût de s'accrocher au réel du présent, puisqu'il est lourdement « *bloqué* ». « *L'existence a perdu toute sa saveur, elle est ressentie comme lointaine, indifférente, elle appelle à la démission tranquille, une manière de laisser les choses se faire.* » (D. LE BRETON, 2015)

Lors de nos séances, Salima s'est appropriée le rituel d'éveil corporel que nous lui proposons. A son rythme, elle effectuait cet automassage en variant en intensité selon les zones de son corps et en jonglant entre les trois systèmes selon son envie. Nous avons remarqué que les percussions osseuses étaient réalisées fortement. Contacter ce système vient faire raisonner une large zone du corps, aidant ainsi à prendre conscience de la solidité des os. Cette ossature, représentant la charpente du corps. Elle permet de tenir ce corps avec solidité, telle une armature compacte. Est-ce alors une manière pour Salima de rechercher la solidité de son corps, ancré dans un instant présent ? Est-ce sa manière de sentir que son corps perçoit des sensations ? Est-

ce une manière d'attester de son existence ? Rappelons qu'elle s'est décrite avec un corps dont elle déteste l'aspect.

Nous avons vu que le passé était maîtrisable, que le présent est difficilement investi. Comment les résidents peuvent-ils se projeter dans l'avenir ? La partie suivante sera consacrée à cette question.

2.e. Se projeter dans un futur rêvé et incertain

Nous avons décrit la réalité du Centre d'Hébergement d'Urgence comme un temps de pause, une durée qui souvent s'allonge sans que les résidents puissent en voir le bout. Se projeter devient alors difficile. La projection vers l'avenir demande une capacité à ambitionner, à prévoir, à envisager des événements qui restent incertains et non maîtrisables.

J. FURTOS (2007) définit la grande précarité comme une « *souffrance psychique d'origine sociale* ». Il explique l'utilisation du terme souffrance pour traduire une « *douleur d'existence* ». D'autre part, R. PIERRET (2013) indique que « *si dans la haute précarité, l'individu trouve un sens à l'existence dans la lutte perpétuelle pour survivre, dans la moyenne précarité, il est à l'abri, il possède un toit, mais la vie perd son sens, devient un temps mort* ». La question de l'existence semble donc primordiale lorsqu'il s'agit de pouvoir se projeter dans le futur.

Cela nous amène à parler du sentiment continu d'existence, concept introduit par WINNICOTT (1969).

Il 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. C'est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours* » « le même ». » (E. PIREYRE, 2015)

Cette conviction rappelle donc une idée de constance de la personne dans son temps et son espace. Le sentiment continu d'existence n'est pas inné. Il représente une sécurité intérieure protégeant le moi qui s'acquiert au cours de la petite enfance. Grâce aux multiples expériences de continuité et de discontinuité, de séparation, de retrouvailles avec la mère, d'accès aux besoins ou d'attente de ces besoins, l'enfant va pouvoir se différencier pour se retrouver avec

lui-même. En sentant son corps, il sentira qu'il existe de manière permanente parallèlement aux interruptions qu'amènent la vie.

Mais ce sentiment sécurisant peut se fragiliser au cours de l'histoire du sujet. Afin de combler cette faille, la recherche de sensations peut être adoptée. E. PIREYRE explique qu'« *apporter une stimulation sensorielle intense et variée peut accompagner, provisoirement, une meilleure conviction de continuité d'existence* ». A défaut de pouvoir se projeter dans un futur incertain, un grand nombre de résidents se tournent vers diverses consommations.

D'autre part, un contraste de projection est observé entre Salima et Bernard. Salima a les capacités de se projeter dans un futur rêvé. Une fois qu'elle possédera son titre de séjour, Salima aimerait reprendre des études de droit qu'elle avait commencé en Algérie. Elle aimerait en parallèle monter une association en lien avec le handicap. Par ailleurs, Bernard reste dans l'incertitude. Il se trouve dans l'attente de ce qu'on lui proposera comme nouvel hébergement. Il est sans projet, tentant de résister à cette difficile projection vers autre part.

Nous avons précédemment émis l'hypothèse chez Bernard d'une difficulté à être seul. Peut-être que sa difficulté à éprouver la solitude est à relier à la difficulté d'exister. D'après J. ARÈNES (2007), il semblerait que les choix de l'existence nécessitent cette solitude.

L'individu évolue donc dans un espace-temps en permanence. Son corps et son psychisme s'inscrivent dans ces deux dimensions et semblent également marqués par les diverses expériences de la vie. Nous allons réfléchir ensuite aux impacts de l'espace et du temps, au sein de l'institution et suite à la vie dans la rue, sur le fonctionnement et l'organisation psychocorporelle des résidents.

III- LE CENTRE D'HÉBERGEMENT COMME ENVELOPPE INSTITUTIONNELLE PRENANT SOIN DE SES RÉSIDENTS

1. La sensorialité au service de l'enveloppe spatiale et temporelle

1.a. Point théorique sur l'enveloppe

L'enveloppe psychocorporelle est un concept qui a été décrit à de nombreuses reprises, par divers auteurs. Cette notion est particulièrement psychomotrice puisqu'elle permet de relier le corps et le psychisme. La notion d'enveloppe a fait l'objet d'une théorisation introduite et largement explorée par D. ANZIEU dans ses travaux sur le Moi-peau.

« Par Moi-peau, [il] désigne une 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. »
(ANZIEU D., 1995, p.61)

Nous pouvons retenir que l'enveloppe représente le pourtour du corps, comme la peau, et constitue une interface entre le dedans et le dehors. C'est le lieu de cette rencontre, de cette délimitation mais aussi de la mentalisation. La sensation corporelle, d'origine interne ou externe, devient représentation et symbolisation dans le psychisme.

J. DORON (2003, p.199-220), reprend les travaux de D. ANZIEU (2003), en ajoutant cette définition de l'enveloppe psychique comme étant la « *spatialisation du penser due au fait que nous sommes un corps, support de l'émergence primaire du psychique à travers le contact corporel liant le mouvement et l'expérience spatiale de l'échange peau à peau* ». L'enveloppe se construit dès les premiers instants de la vie de l'Homme, et évolue en fonction de ses expériences.

Les notions d'espace et de temps, que nous abordons le plus dans cet écrit, se retrouvent liées à ce concept d'enveloppe psychique. En effet, l'interface se développe et interagit avec les propriétés physiques et sensorielles de l'espace du dehors, venant à la rencontre du dedans dans une temporalité donnée.

Nous avons décidé de réfléchir en particulier à la construction sensorielle de l'enveloppe et ses modifications. L'enveloppe étant une notion psychanalytique, nous avons voulu nous concentrer en particulier sur la sensorialité. Ce point théorique définissant l'enveloppe de manière générale nous a permis de poser des jalons pour la suite. Nous allons maintenant préciser notre propos en nous intéressant aux enveloppes spatiales et temporelles, dans leurs aspects sensoriels.

1.b. Une enveloppe spatiale

Un espace donne donc des informations à l'individu sur ses propriétés par le biais de la sensorialité. Cette dernière regroupe bien sûr les différents sens par lesquels l'Homme perçoit l'espace qui l'entoure. S. BEKIER et M. GUINOT (2015), parlent de la notion de perception : « [...] il y a une stimulation extérieure ou intérieure des récepteurs sensoriels, transmise par voie nerveuse au cortex où elle est analysée, identifiée et reconnue. Cette sensation de départ devient alors une perception ». Cette perception permet de s'adapter corporellement à l'environnement. Nous avons vu plus haut la place de la sensorialité chez les personnes en situation de grande précarité. Elles investissent ou désinvestissent plus ou moins certains sens, selon l'environnement dans lequel elles évoluent et les expériences qui y sont liées. Ici, l'enveloppe peut se retrouver effractée, perforée, selon les intrusions psychiques ou physiques de l'extérieur vers l'intérieur. C'est le cas par exemple des traumatismes, où quelque chose de non-symbolisable vient perforer l'enveloppe (A. CONSTANT, 2015). J. DORON (2003) dit à ce sujet que « le monde externe peut déferler et envahir l'appareil psychique, affects et cognitions sont indifférenciés : dedans et dehors, objets et contenus psychiques deviennent équivalents ». Pour essayer de continuer à vivre, avec cette enveloppe perforée, l'individu semble alors tenter de trouver d'autres expériences sensorielles dans le réel pour constituer une enveloppe sensorielle, faisant obstacle à d'autres intrusions corporelles et au morcellement. A. POTAMIANOU (2001) explique que lors d'un événement traumatique, « la rupture de la symétrie perception-représentation laisse alors le champ libre à un excédent d'énergie qui marque le psychisme de traces vides de contenu ».

La présentation corporelle de Bernard en illustre un parfait exemple. En effet, chaque fois que nous rencontrons Bernard en séance, il n'enlève pas son manteau. Celui-ci est épais et très ajusté. Ce manteau pourrait alors être investi par Bernard comme une enveloppe tactile, qui contient son corps dans une stimulation sensorielle d'unité corporelle et continue dans le temps. Son enveloppe est alors lisse, unifiée et présente. A plusieurs reprises, Bernard nous exprime la représentation qu'il fait de sa propre peau. Il la dénigre, atteste de son vieillissement qu'il a du mal à accepter. Elle est « *pleine de rides et toute fripée* ». C'est à cette occasion qu'il nous parle de son corps, qui pour lui est comme un immeuble dont « *la façade est vieille et se dégrade* », et aussi comme « *une machine préprogrammée pour mourir* ». Sa peau, marquée par la vieillesse, pourrait être alors perçue comme distendue, lâche, frêle. Est-elle en train de perdre sa qualité d'interface ? Ne protège-t-elle plus autant qu'avant ? Serait-elle moins contenante pour protéger ce qu'il y a à l'intérieur ? Le manteau viendrait alors s'ajouter à cette peau pour protéger le corps et l'appareil psychique. Ce rapport au corps propre qu'entretient Bernard peut aussi être relié à son parcours militaire. En effet, il a peut-être construit une carapace tonique pour faire face à certaines effractions corporelles.

Comme l'explique J. DORON (*Ibid.*), « *Le monde externe [...] devient l'ultime forme contenant l'appareil psychique en train de se désagréger* ». Par le biais des sens, la personne en souffrance peut alors se former une enveloppe sensorielle afin de combler les fragments manquants à sa propre enveloppe. Cette sensorialité pourrait aussi faire office d'une deuxième peau qui viendrait recouvrir comme un baume la première en souffrance. D. LE BRETON (2003) dit qu' « *en situation de grande souffrance, le corps devient une sorte d'ultime recours pour ne pas disparaître* ».

Est-ce qu'alors, inconsciemment, lorsque Bernard nous parle de ses inquiétudes envers sa peau qui vieillit et ne contient plus l'intérieur du corps, il revient à quelque chose d'essentiel à la vie : son corps ? S'accroche-t-il à ce qu'il lui reste, le corps, quelque chose de palpable, présent depuis toujours mais qui lâche avec l'âge ? La peau est la représentation du temps qui passe, du temps qui s'écoule. En effet, elle « *conserve, à la manière d'archives, les traces de l'histoire individuelle comme un palimpseste dont seul l'individu détient la clé (...) La surface présentée aux autres est étayée en coulisse par des événements de vie, des blessures ou des remparts identitaires* ». (LE BRETON, 2003, p.24)

L'enveloppe spatiale peut également être décrite en rapport avec l'institution. Le Centre d'Hébergement d'Urgence semble être un espace délimité par ses murs pour proposer un temps de repos, de pause, où les personnes peuvent, en sécurité (physique et psychique), y déposer leurs enveloppes. Cela pourrait être vu comme une proposition de régression. Le centre propose une stabilité et une contenance architecturale pour éventuellement laisser les résidents relâcher leurs contenus psychiques et proposer un accompagnement qui restructure leurs enveloppes psychiques.

Bernard nous a plusieurs fois parlé de son impulsivité, l'amenant à prendre son sac à dos et à fuir. Rappelons qu'après s'être effondré, il est parti dix années en Allemagne et pouvait dès lors tout quitter dès que ça n'allait pas dans un centre. Aujourd'hui, c'est une idée qui revient depuis qu'on lui a demandé de quitter le centre. Cependant, cette idée apparaît comme un ultimatum pour les travailleurs sociaux. Mais cet avertissement qu'il leur donne à vivre n'est-il pas en lien avec une menace imminente ?

Fuir, c'est échapper à un danger. Cette action est si rapide qu'elle ne laisse pas de temps pour réfléchir, penser aux conséquences de ce départ ni savoir ce qu'on peut trouver ensuite. La fuite peut être un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur ; du logement vers la rue mais également de l'intérieur du corps vers l'extérieur de soi. D'après A. CONSTANT (*Ibid.*), la fuite pourrait s'expliquer par une défaillance des enveloppes qui ne peuvent plus contenir l'intime. L'intérieur du corps peut menacer l'intégrité de la personne donc fuir devient alors un moyen de sauvegarder son enveloppe.

Nous avons évoqué plus tôt l'hypothèse chez Bernard d'une fuite de son intimité. Or, cette intimité, il pourrait y être confronté dans une pension de famille où son mode de vie serait davantage autonome. Sa réticence du changement de logement pourrait donc être expliquée par cette question de l'intimité, de l'espace interne du corps de Bernard qui pourrait le menacer. Si Bernard peut se montrer distant envers son corps et particulièrement l'intérieur de son corps-machine, son apparence est quant à elle particulièrement soignée. Bernard semble prendre soin de son enveloppe externe qu'est la peau. Sachant que celle-ci vieillit, il la recouvre de vêtements soignés et de son manteau comme pour mieux s'envelopper.

L'enveloppe spatiale telle que nous l'avons abordée dans cette partie semble donc en interaction avec la sensorialité afin de délimiter l'espace interne de l'espace externe et de construire des repères identifiés et stables. L'inscription psychique et corporelle dans le centre, se fait aussi par une inscription dans le temps. Nous allons alors traiter l'enveloppe temporelle dans la partie qui suit.

1.c. Une enveloppe temporelle

Nous l'avons dit plus haut, l'individu s'adapte à l'environnement et s'y inscrit temporellement.

F. LESOURD théorise la question de ce rapport au temps : « *De l'idée de cette forme temporelle, il est possible d'extraire deux déterminations. La première, qu'on pourrait nommer diachronique, correspond à ce qui m'assure de ma propre cohésion ou de mon tenir-ensemble dans la durée, ce qui me donne, par exemple, le sentiment de l'unité relative de cette tranche de vie-là. La seconde détermination, qu'on dira synchronique, renvoie à ce qui, à chaque instant, distingue à la manière d'une interface mes temporalités intimes, par exemple le rythme ou la vitesse qui me conviennent, de temporalités qui me sont extérieures, telles que le rythme ou la vitesse qu'on voudrait m'imposer.* » (2005, p.1-24).

L'Homme compose alors avec ses propres besoins et envies liés au temps, et aux contraintes que l'environnement lui impose. L'enveloppe temporelle se retrouve alors ici, dans sa qualité d'interface entre la dimension interne et externe. Il semble que les deux déterminations décrites précédemment puissent se compléter, se soutenir mutuellement. C'est en cela, d'après F. LESOURD (2015), qu'elles constituent alors une enveloppe contenant l'individu : « *Les dynamiques qui produisent ma durée et celles qui distinguent mes temps propres des temps du monde génèrent, dans leur inhérence réciproque, une forme qui, à la fois, maintient, contient, délimite, régénère et contraint l'existence temporelle du sujet.* » (F. LESOURD, 2005). Ainsi, l'enveloppe temporelle vient structurer l'individu et peut lui donner des repères pour s'organiser corporellement au sein d'un environnement.

Vivre dans un CHU implique de s'adapter à des contraintes temporelles qui sont reliées aux besoins fondamentaux. L'accompagnement social, et parfois médical, suggère aussi des contraintes d'horaires et d'échéances, comme des dates d'expirations de titres de séjours par exemple. Cela est dû également à la vie en communauté. Les résidents sont confrontés au rythme de leur voisin de chambre, ce qui peut parfois être contraignant. Leurs propres temporalités viennent rencontrer aussi celles des travailleurs sociaux. La sensorialité vient également contacter l'enveloppe temporelle, car elle peut parfois proposer des invariants, des stimulations qui ne changent pas dans le temps et qui surviennent à un moment précis de la journée ou de la semaine.

Dans le discours de Bernard, il semble que la sensorialité vienne étayer sa temporalité. Bernard pourrait s'organiser à travers une enveloppe sonore. En effet, il dit apprécier les bruits au sein du centre, qui ne le dérangent pas, au contraire, ils attestent de la vie. Sa radio est très souvent allumée à des heures précises de la journée : le matin pour les informations et le point météo, l'après-midi pour l'émission « *Les Grosses Têtes* » sur RTL, et le soir pour les informations à nouveau. Ainsi, cette enveloppe sonore de la radio lui permet de cadrer sa journée, de lui donner des repères. Bernard semble prendre un appui sensoriel extérieur pour se structurer. Peut-être que ces sons peuvent venir attester de la temporalité qui semble le contenir ? Peut-être que cette enveloppe temporelle est inconsciemment un moyen de trouver des repères stables ? Il nous dit que parfois, la nuit, lorsqu'il y a du bruit dehors, il se met à la fenêtre et allume une cigarette, et passe un moment à regarder ce qu'il se passe. Son bâtiment se trouve dans une rue avec beaucoup de passage, cette situation doit sûrement se produire souvent. Lorsqu'il nous parle de ces moments, un air léger de douceur se mêle à ses propos, comme s'il parlait d'un vieil ami. Il semble s'habituer à ces rythmes qui viennent à la rencontre de son propre rythme. Peut-être même que ces rythmes, d'abord extérieurs sont devenus les siens ?

Au sein du centre se croisent différents individus, avec leurs parcours et l'influence de celui-ci sur leur organisation psychocorporelle. L'enveloppe psychique s'en trouve modifiée, remodelée, peut-être parfois trouée. L'institution pourrait alors offrir un espace et un temps de pause, pour donner la possibilité de contenir voire peut-être reconstruire cette organisation psychocorporelle. La partie suivante propose l'idée que le centre occuperait une position maternante.

2. La maternalisation

2.a. Une enveloppe institutionnelle ?

Le psychanalyste D. HOUZEL (2005), en se fondant sur la théorie du Moi-Peau de D. ANZIEU, a introduit l'expression d' « *enveloppe institutionnelle* ». D'après lui, elle est ce qui entoure l'institution de soin en psychiatrie. Il complète cette expression en attribuant à cette enveloppe, des propriétés fondamentales qui permettent de faire émerger le processus thérapeutique. Il semble que la théorie d'enveloppe institutionnelle puisse être reprise au-delà de structures psychiatriques, voire de structures de soin.

Le Centre d'Hébergement d'Urgence est une structure sociale au sein de laquelle il n'y a pas de processus thérapeutique. Cependant, pour que le processus de réinsertion sociale soit entamé, les caractéristiques propres à l'enveloppe institutionnelle semblent nécessaires. Penchons-nous sur les caractéristiques de cette enveloppe, décrites par D. HOUZEL (*Ibid.*) :

- L'étanchéité : Tout ce qui se fait à l'intérieur de l'institution doit rester à l'intérieur et « *ne jamais diffuser au dehors.* »

- La perméabilité : Tout en respectant la règle précédente d'étanchéité, des échanges vers l'extérieur sont autorisés lorsqu'il s'agit de contacter d'autres institutions, la famille, les administrateurs. Les travailleurs sociaux du CHU travaillent en réseau pluridisciplinaire pour que les résidents aient un accès facilité aux soins. Ils sont fréquemment amenés à accompagner les résidents à des rendez-vous médicaux. Ils sont en lien avec des hôpitaux du secteur, des Centres Médico-Psychologiques, des kinésithérapeutes, des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie etc.

- La consistance : Elle représente la « *capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures* ». L'institution se doit de rester immuable et assurée même si des pressions la menacent. Le CHU semble garder une certaine autorité quand les limites sont dépassées par des résidents. En 2017, deux résidents ont été exclus du centre suite à des violences physiques.

- L'élasticité : Cette dernière propriété est la « *capacité [...] à se déformer, sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes.* » Cette caractéristique permet « *d'accueillir et de contenir la souffrance psychique des patients (...).* » Parfois, l'équipe du centre s'est trouvée démunie face à des problématiques d'addiction. Les tentatives d'accompagnement vers le soin pouvaient être refusées en lien avec le déni de ces problématiques. L'institution, pour accueillir ces souffrances avec suffisamment d'élasticité, a mis en place le Groupe d'Analyse des Pratiques qui semble permettre l'ouverture d'un dialogue entre les professionnels. Ces échanges paraissent nécessaires pour y déposer les inquiétudes, pour remettre en question les pratiques et pour faire appel à plus de moyens pour trouver des solutions.

Notre hypothèse quant à l'enveloppe institutionnelle au sein du centre semble se confirmer. En effet, l'institution du centre semble faire office d'enveloppe, grâce au travail pluridisciplinaire, pour contenir le processus de réinsertion sociale et toutes les autres problématiques qui surviennent chez les résidents. Cependant, cette contenance semble par ailleurs empêcher aux résidents d'être acteurs de leur démarche. Nous nous pencherons sur cette question prochainement. Avant d'aborder ce questionnement, nous aimerions traiter de cette institution comme un support d'identification pour les résidents aux figures parentales.

2.b. L'institution comme support aux identifications primaires

Là où l'institution propose une forme de régression, on pourrait se questionner sur le fait que ces régressions se fassent avec des représentations que l'on retrouve chez le petit d'homme face à la figure parentale. Il est encore impossible de faire des généralités, mais face aux témoignages de personnes rencontrées dans ce centre, nous nous sommes questionnées à ce sujet. C. GEOFFROY-ROMANE, S. BOURDET-LOUBÈRE, A. MAZOYER et G. PIRLOT écrivent :

« Alors, là où l'institution de soin est censée être un prolongement de la fonction parentale protectrice et contenante, la relation aux soignants et les contraintes qu'elle impose (règles strictes d'hygiène et de comportements à respecter) induisent chez ces patients la sensation de se sentir surveillés, infantilisés, voire intrusés. Cela infère une régression psychique vers des modes archaïques (...). » (2019, p. 156-173).

Le centre offre une contenance et une protection. Partant de cela et de ce qui est énoncé dans la citation précédente, le centre pourrait alors être identifié comme une figure maternelle qui viendrait réparer des blessures psychiques. Cependant, avec la toute-puissance que peut apporter cet aspect maternel qui s'occupe de tout, une passivité peut apparaître du côté des résidents. Elle serait décrite par les auteurs évoqués précédemment comme une réaction de défense contre une certaine emprise maternelle. Finalement, est-ce que le refus du « *prendre soin* » proposé par les travailleurs sociaux ne serait pas une forme de rejet de cette fonction maternelle ? En miroir à cela, les soignants se sentent alors impuissants. A ce sujet, les auteurs continuent en introduisant la place de la représentation paternelle : « *L'institution incarnerait l'absence ou l'impuissance du père (soignants) à venir en aide à l'enfant, face à la toute-puissance maternelle.* » On retrouve une ambivalence entre la toute-puissance maternelle des travailleurs sociaux, vue par les résidents, et l'impuissance paternelle ressentie par les travailleurs sociaux eux-mêmes. Ils incarnent les deux figures, c'est-à-dire la toute-puissance maternelle et la défaillance paternelle, père impuissant ou absent ne pouvant venir en aide à son enfant.

En effet, la position de Salima face à l'institution pourrait faire penser à un rejet des soins que pourraient apporter les travailleurs sociaux. Nous l'avons vu, les nombreuses ruptures de suivis, et les « *surveillances* » de ses déplacements n'arrangent pas le fait que Salima se positionne dans un détachement vis-à-vis du centre. Elle ne confie plus rien à son travailleur social et cherche même un assistant social en dehors du centre. Cela lui est d'ailleurs refusé par les structures extérieures car elle est déjà suivie dans son lieu d'hébergement. Par ailleurs, elle nous exprime son agacement lorsque les travailleurs sociaux lui rappellent ses rendez-vous, notamment avec nous. Elle nous dit, encore émue par l'énervement, être une grande personne et nous affirme savoir gérer son emploi du temps, sans que quelqu'un vienne le lui rappeler.

Il semble qu'on ait affaire à une rencontre entre deux groupes de personnes. D'un côté, les résidents, peut-être, en quête de leur propre mieux-être. Et d'autre part, il y a les travailleurs

sociaux qui semblent mettre toutes leurs capacités pour œuvrer avec le premier groupe vers ce but. Pour fonctionner correctement, le centre tient un cadre, du même type que le cadre qui a été défini plus haut. Et comme le décrit C. POTEL (2015), il « [...] va inclure la bipolarité maternelle et paternelle, alternativement ou simultanément ». Il semblerait ainsi que le centre incarne ces deux figures parentales, pour fonctionner afin de contenir les personnes logées pour les encourager à retrouver une forme d'identité. A. CICCONE (2001) semble le souligner :

« La notion de parents harmonieusement combinés, par contre, désigne un objet support qui articule les fonctions maternelles et les fonctions paternelles : les fonctions maternelles sont figurées par l'horizontalité, la réceptivité, la contenance, et les fonctions paternelles par la verticalité, la fermeté, etc. Cet objet, support des parents harmonieusement combinés, donne à la fois une enveloppe et une colonne vertébrale au sentiment d'identité. »

Il semblerait alors que ces deux rôles parentaux combinés pourraient permettre aux résidents de retrouver progressivement l'autonomie, en passant par le sentiment d'identité. Pour faire le lien avec la notion d'enveloppe explicitée plus haut, A. CICCONE (*Ibid.*) continue en disant que : « Une juste alliance des aspects maternels et paternels est requise pour donner à l'enveloppe les qualités plastiques nécessaires à la contenance, qui doit articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité. » Ceci semble ajouter une importance à l'articulation des fonctions maternelles et paternelles dans le fonctionnement du centre. Pour que l'enveloppe se rétablisse sereinement, le cadre doit être à la fois contenant, souple et suffisamment solide pour que le résident ne s'effondre pas.

Ce chapitre nous a permis de penser le travail du centre au-delà de son unique aspect social, en nous figurant la manière dont le résident s'y inscrit corporellement dans l'espace et dans le temps. Le soin se retrouve également présent, dans une dynamique de « *prendre soin* ». Les travailleurs du centre occuperaient une fonction maternante, afin de contenir au mieux les résidents, en prendre soin et les accompagner vers une réinsertion sociale. Cependant, toute cette théorie ne peut s'appliquer en réalité que si les travailleurs du centre et les personnes se tournent vers les mêmes objectifs, à savoir la réinsertion sociale et l'autonomisation des résidents. La prochaine partie entamera notre discussion. Elle abordera l'accès à cette autonomie normalement recherchée. Par la suite, nous exposerons des champs de réflexion que nous n'avons pas entrepris, les perspectives que nous imaginons pour le centre ainsi qu'une remise en question de notre pratique expérimentale.

Chapitre 3 - Discussion

1. Les limites

1.a Une Difficulté à rendre accessible l'autonomie

Précédemment, nous avons pu explorer la contenance garantie par la structure. Cette contenance, par le biais de la maternalisation, permet de délimiter et protéger ce qui y est contenu. Concrètement, les murs, les garants du cadre de la structure et son fonctionnement permettent la protection des résidents. Si cette protection répond aux besoins des résidents et permet de prendre soin d'eux, il est cependant parfois difficile pour ces personnes d'accéder à leur autonomie et donc à leur réinsertion.

L'autonomie est une aptitude à décider, apprécier, choisir, accepter ou refuser par soi-même. Cette notion d'autonomie est souvent assimilée à l'indépendance mais elle en diffère. L'indépendance rend l'individu non tributaire d'un objet ou d'autrui.

Au CHU, les résidents sont dépendants de l'aide apportée par la structure, à savoir l'hébergement, la nourriture, l'accompagnement sanitaire et social. Cependant, suivant leur santé mentale, les hébergés restent nombreux à être autonomes pour choisir d'accepter ou non ce qui leur est proposé.

Si l'on prend l'exemple des repas, nombreux sont les résidents qui aimeraient cuisiner par leurs propres moyens ce qu'ils désirent manger. Cependant, ils sont dépendants du fonctionnement de la structure qui a instauré un service de repas préparés en amont. Au fil du temps, un manque d'autonomie pour réaliser les repas peut être perçu par un manque de pratique.

La cuisine peut sembler être un exemple dérisoire face à toutes les problématiques que peuvent vivre les résidents de par leur situation. Mais maintenir cet acte quotidien au sein de la structure aurait pu favoriser l'accès à l'autonomie. Parmi les avantages qu'elle induit, la cuisine permet de se structurer dans le temps avec la fréquence des repas rythmant la journée, les horaires à respecter, la succession des plats. La cuisine est universelle, elle peut donc rassembler les personnes de tout horizon. Ces résidents peuvent mettre en avant leur identité à travers la préparation de plats issus de leur culture. Cuisiner permet de partager et donc de se socialiser. La manipulation des ingrédients offre également une stimulation sensorielle pouvant ouvrir l'appétit et évoquer des souvenirs affectifs. Cuisiner entretient la cognition et en particulier les fonctions exécutives pour planifier une recette. Au niveau moteur, la cuisine est une succession de nombreuses praxies impliquant des coordinations et des dextérités manuelles. Enfin, cuisiner est une manière de créer et d'agir, elle permet de s'entraîner ou se refamiliariser à une prise en main de son quotidien pour un futur logement autonome.

Si les résidents peuvent avoir des comptes à rendre à leur référent social qu'ils rencontrent régulièrement lors de rendez-vous instaurés, il semble que certains résidents, d'après D. LE BRETON (2015), « *glisse[nt] en toute évidence d'une tâche à une autre dans un emploi du temps tout entier régi par l'établissement.* » Il arrive que des résidents manquent d'autonomie au niveau temporel. Ils présentent des difficultés à respecter les horaires, ils peuvent manquer les rendez-vous, certains ont du mal à prévoir les jours qui arrivent.

Nous pouvons poser l'hypothèse que les jours se ressemblent entre eux et que cela participe à une désorientation temporelle. Peut-être que certains résidents, en ne pouvant être acteurs de leurs démarches, n'arrivent pas à saisir la temporalité des journées ? Peut-être que les exigences institutionnelles pour avancer au plus vite les démarches ne correspondent pas à la temporalité des résidents et que résister est une forme d'affirmation de soi ?

Salima a pu nous décrire une certaine emprise institutionnelle du fait d'une surveillance trop importante selon elle : « *Dès que je demande un ticket de bus aux travailleurs sociaux, ils me demandent où je veux aller, mais en quoi ça les regarde ?* », « *Je suis grande, je n'ai pas besoin que les travailleurs sociaux me rappellent quand j'ai un rendez-vous prévu.* » Salima semble vouloir s'émanciper de cette institution. Peut-être que cette volonté d'indépendance est à relier à son rejet des activités collectives qui lui sont proposées.

D'après D. LE BRETON (*Ibid.*), « *le détachement est parfois une forme délibérée d'indépendance* ».

Si l'autonomie peut être décrite sur un versant temporel, le versant spatial peut tout autant être abordé.

Reprenons le témoignage de Salima sur ses volontés de déplacements, sans à tout prix en informer les travailleurs sociaux. D'une part, Salima est dépendante de son fauteuil roulant dans ses déplacements. Mais ajoutée à ce constat, sa mobilité est également freinée par les impératifs de la structure. Comment Salima peut-elle se sentir autonome sur le plan spatial ?

En nous penchant sur les écrits de O. DAVIET (2009), nous avons compris qu'il pouvait être difficile d'allier un accompagnement qui à la fois prenne soin de la personne et la rende autonome. En effet, toutes les problématiques de santé mentale pouvant être rencontrées au sein d'un centre d'hébergement impliquent souvent de « *se contenter de prendre soin, allant ainsi à l'encontre des visées d'autonomie, de projets de réinsertion.* » Il semble d'après lui que l'empathie et l'humanisme soient les clés de l'accompagnement des résidents à défaut de les rendre autonomes à tout prix, malgré que nous nous trouvions dans une période où « *le rendement, les statistiques, les protocoles et les objectifs chiffrés convoquent froideur et déshumanisation.* »

1.b. Nos Perspectives

Tout au long de notre stage, nous avons essayé de nous ouvrir au travail des travailleurs sociaux et de comprendre leurs difficultés. Seulement, aux premiers abords, nous avons été touchées par la lenteur de l'avancée des démarches administratives. Nous nous sentions complètement impuissantes et les travailleurs sociaux semblaient souvent partager ce sentiment. Nous avons bien vu que le centre s'organise uniquement autour de l'accompagnement social et nous avons pu en observer les limites. En effet, les travailleurs sociaux, avec toute leur bienveillance, ne sont pas formés aux divers mécanismes psychodynamiques, psychosociaux, et médicaux des résidents. Pourtant, ces mécanismes fonctionnent ensemble et font aussi l'objet d'accompagnement. Dans une pensée utopique, il pourrait être intéressant que le centre puisse entrer dans un domaine médico-social. Le travail que nous avons expérimenté avec les travailleurs sociaux nous a permis d'ouvrir notre regard vers d'autres problématiques. L'accompagnement pourrait alors s'harmoniser autour de toutes les situations administratives, sociales et médicales. Ainsi, peut-être que quitter le centre pour une situation pérenne serait moins vécu de manière brutale, comme les organisations psychocorporelles auront été soutenues auparavant. Nous avons supposé qu'au sein de cette structure, l'autonomie n'était déjà pas simple à atteindre. Mais alors, comment pourrait-elle être atteinte à la sortie de cette institution ?

Concernant nos perspectives en psychomotricité pour Salima et Bernard, il est certain que nous avons débuté un cheminement avec eux, méritant d'être poursuivi. Là où nous nous sommes arrêtés, Salima recommençait à se mobiliser et à sortir du centre pour se promener, voir des amies ou faire des démarches dans des associations pour personnes handicapées. L'accompagnement en psychomotricité pourrait alors continuer pour éviter une interruption brutale et d'éventuelles rechutes. Une remobilisation par la conscience corporelle et la relaxation pourrait être poursuivie. Peut-être qu'espacer les séances à une fois tous les quinze jours pourrait être intéressant pour voir comment elle s'en saisit entre-temps. Un retour à un travail groupal pourrait également être envisageable, pour l'accompagner vers une socialisation. Ce travail pourrait se faire autour de la relaxation puisqu'elle s'est familiarisée avec cette médiation, ou bien le chant, qu'elle affectionne.

Pour Bernard, nous avons précédemment essayé de retranscrire les soubassements de son histoire, dont certaines bribes n'ont pas pu être symbolisées. Elles semblent s'être brutalement inscrites corporellement, elles semblent le bloquer dans ses projets personnels et dans l'idée de quitter le centre. Il pourrait être intéressant de continuer l'accompagnement sur des mobilisations corporelles par de la gymnastique douce. Nous avons pu débiter ces mises en corps juste avant la fin des séances pour permettre à Bernard de redonner du mouvement à son corps rigidifié par l'hypertonie. L'utilisation du mime pourrait également être intéressante à poursuivre puisque Bernard s'en est bien saisi, notamment pour comprendre certaines choses et poursuivre la discussion. Un accompagnement psychologique pourrait également être soutenant pour lui, pour l'aider à poursuivre la symbolisation de son traumatisme. Il semble que l'accompagnement en psychomotricité soit complémentaire à la psychologie sur le sujet des traumatismes. Ces perspectives pourraient enfin être transmises au CHU et aux futurs stagiaires qui prendraient le relais. En effet, nous pensons que ce lieu d'hébergement ouvrira la porte à de nouveaux stagiaires en psychomotricité.

2- Notre vécu comme stagiaires du paramédical dans une structure sociale

2.a. Faire face à la réalité

Nous sommes arrivées au centre avec toute notre bonne volonté d'essayer d'accompagner certains résidents vers le mieux-être. Cette vision naïve et sans doute ambitieuse a vite été confrontée à la réalité. Nous avons fait le choix de ne pas nous pencher sur les livres sur la précarité avant de rencontrer les résidents. Nous souhaitons d'abord partir de nos observations, de nos questionnements quant à leur singularité psychocorporelle, avant de nous intéresser vivement aux écrits sur ce public. Cependant, notre volonté d'accompagner au mieux ces résidents a été entravée par les difficultés de mobilisation que nous n'avions pas présagées. Nous avons alors tenté d'adapter notre cadre pour qu'il soit le plus juste possible. Redessiner ses contours a été possible une fois que nous avons réévalué nos attentes dès lors moins ambitieuses. En effet, notre ambition a dû s'allier à la patience, la bienveillance et l'humilité.

De plus, nous sommes arrivées dans une structure sociale en étant encore étudiantes, baignées par ce qu'on nous inculque dans notre discipline, à savoir : la bienveillance, l'écoute de soi et de l'autre, la prise en compte de son rythme etc. Cependant, la discipline sociale se fonde sur les enjeux sociétaux. Or, les impératifs de cette discipline ne sont pas toujours en

harmonie avec le corporel, la temporalité des résidents, leurs difficultés. Ce contraste entre nos deux approches nous a vite sauté aux yeux. Mais nous ne souhaitons pas nous opposer à cette vision tout aussi légitime. Notre posture s'est donc adaptée aux travailleurs sociaux afin de valoriser nos approches différentes mais complémentaires.

Par ailleurs, dans les chiffres que nous avons présentés dans le premier chapitre, nous remarquons qu'une majorité des résidents étaient déjà hébergés précédemment dans un autre Centre d'Hébergement d'Urgence. Cela nous questionne sur la possibilité de réinsertion sociale et ce qui peut la freiner. Avec du recul, nous aurions pu interroger les travailleurs sociaux pour avoir leurs regards sur les raisons politiques, les raisons économiques, les capacités d'accueil et les modalités d'accompagnement.

2.b. S'adapter à la temporalité du CHU

La question du contraste temporel entre l'extérieur et l'intérieur du centre ou bien entre la temporalité des résidents et ceux des travailleurs sociaux a été souvent relatée au cours de notre écrit. Il semble qu'elle nous ait marquées. En effet, nous avons perçu cette attente venant impacter les dynamiques des résidents, les difficultés à investir le présent. Nous avons mis du temps à percevoir qu'un long moment leur était nécessaire pour s'intégrer dans toute nouvelle proposition. En prenant du recul, le temps d'une journée de stage par semaine nous semble dérisoire pour ceux qui ont besoin de temps pour faire émerger une demande d'accompagnement en psychomotricité. Nous avons tenté de garantir un cadre adaptable aux rythmes propres de la personne venant nous rencontrer. Cependant, cela n'a pas été possible avec Fred, que nous avons vu au tout début de notre stage. Peut-être que nous n'avions pas encore compris que « *la demande singulière et authentique peut mettre des mois à germer* » (A. CONSTANT, 2015).

2.c. La situation sanitaire

Si le temps a été une notion clé dans notre réflexion, il a pu être marqué par des ruptures causées par les différents confinements. A l'annonce du troisième confinement, notre stage a malheureusement été interrompu sans nous laisser la possibilité d'encadrer les fins de nos prises en charge. Cette rupture a impacté la continuité que nous essayions d'instaurer dans notre cadre contenant. Effectivement, nous commençons à nous questionner sur l'accompagnement vers la fin de suivi pour penser à la séparation. D'après C. POTEL (2019), le cadre « *impose la séparation non comme une rupture mais comme une invitation à penser la continuité du lien*

et sa représentation en tant qu'alternative à l'absence ». Rappelons que dans la précarité, s'attacher et recréer des liens est difficile par peur qu'ils se brisent à nouveau. Certains se créent des défenses pour éviter tout lien et ainsi éviter de souffrir. Nous avons alors tenté d'atténuer l'interruption du suivi qui nous paraissait brutale en envoyant un courrier aux résidents. A ce jour, nous insistons pour retourner au centre et encadrer au mieux nos fins de suivis avec Bernard, Salima et d'autres hébergés.

3- Notre pratique remise en question

3.a. Notre pratique

Nous l'avons expliqué tout au long de ce mémoire, nous n'avons cessé de remettre en question notre pratique. L'absence de la supervision du médecin et de sa prescription nous a fait réaliser que nous sortions du cadre dans lequel travaille habituellement le psychomotricien. Nous aurions peut-être pu travailler comme les praticiens en crèche, dans de l'observation psychomotrice et de la prévention, en donnant des conseils aux travailleurs sociaux quant à l'approche des résidents ou la structuration spatio-temporelle de la structure. Mais nous n'étions pas à l'aise avec cette posture. Nous ne nous sentions pas légitimes de donner des conseils sur des modifications d'un fonctionnement qui est en place depuis longtemps, sachant que côtoyer ce public était nouveau et que nous n'étions là que quelques mois.

Dans les premiers temps de la rencontre avec Bernard, nos séances se résumaient à des échanges verbaux. Comme présenté précédemment, Bernard semblait mettre à distance son corps mais pouvait parfaitement en parler, surtout par des images. Il nous donnait finalement beaucoup de renseignements corporels même si nous ne faisons « *que discuter* ». Nous rendre compte de cela nous a beaucoup soulagées, car nous culpabilisions de ne pas réussir à lui proposer des expériences corporelles, tellement il investissait l'espace de parole.

Par ailleurs, cet investissement que Bernard a pris de l'espace de parole nous a aussi beaucoup questionnées. Nous lui avons laissé cette place, pensant que c'était ce qu'il lui fallait pour un temps. Mais nous avons eu des difficultés à lui proposer des mises en corps en douceur, telles que des étirements ou du mime adapté car il s'en éloignait vite pour rebondir verbalement. Nous nous sommes dirigées avec lui dans cette voie, comme c'était ce qu'il fallait a priori proposer à ce moment-là. Nous nous sommes donc saisies de ce que nous proposait Bernard avec la volonté d'écouter ses intentions, ses propositions. Cette étape centrée sur la verbalisation a permis à Bernard

de s'investir pleinement dans le suivi. Nos réflexions quant à notre posture auprès de Bernard nous ont fait réfléchir sur la relation thérapeutique en psychomotricité.

En psychomotricité, le corps est placé au centre de la relation thérapeutique. Cette relation se fonde sur « *l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien* » et elle est « *garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide* » (P. SCIALOM, 2011, p. 287-306). Cette relation thérapeutique est censée à la fois nous placer comme actrices de cette relation mais également comme garantes de cette relation. Et c'est en cela que nous avons eu des difficultés à nous positionner. En effet, nous avons parfois un manque de répartie ou un besoin de digérer les expressions abruptes de Bernard. A plusieurs reprises, notre posture de garantes de cette relation a été fragilisée. Nous comprenons désormais qu'il faille mieux délimiter notre posture au sein de cette relation pour qu'elle soit à la fois présente, soutenante et solide. Nous comprenons enfin que cette relation thérapeutique ne peut fonctionner que s'il y a une écoute du patient et du matériel que celui-ci apporte pour s'en saisir au mieux.

Concernant notre écrit clinico-théorique, nous avons dû faire des choix quant à la variété de champs disciplinaires sur la précarité qui s'offraient à nous. En plus de nos concepts psychomoteurs, nous avons voulu y ajouter des notions psychanalytiques. Mais nous nous sentions plus à l'aise pour cheminer vers des notions qui ne nous étaient pas inconnues. En effet, même si nous avons lu des écrits comme ceux de J. FURTOS ou P. DECLERCK, nous ne souhaitions pas les suivre dans leurs réflexions extrêmement poussées sur les sans-abris. Nous nous sommes saisies de la question des enveloppes psychiques, puisqu'elle est éminemment corporelle.

Dans notre volonté de pluridisciplinarité avec l'équipe sociale, nous nous sommes intéressées à des sociologues comme D. LE BRETON. Grâce à lui, la compréhension du lien entre le corporel et le social était plus abordable.

Ces choix nous ont conduites à délaisser la philosophie qui semble pourtant extrêmement importante pour aborder les questionnements sur l'identité dans la précarité ou bien traiter de « *l'habiter* » (HEIDEGGER, 1951). Nos questionnements sur l'inscription dans l'espace et le temps auraient également pu nous conduire vers l'ethnopsychiatrie, afin de mieux visualiser les rapports à l'espace et au temps, selon les cultures.

Si nos choix de champs disciplinaires ont été faits spontanément, il semble que notre approche psychomotrice se soit également dessinée naturellement.

Sachant qu'il n'y avait pas d'indication thérapeutique, nous prenions en compte la globalité de la personne. Notre approche s'apparentait donc à un versant thérapeutique plutôt que rééducatif. Cette démarche, centrée sur « *l'unicité du sujet* » (C. POTELE, 2010, p.47), nous ressemblait davantage. Elle nous a permis de rendre le résident acteur de nos échanges. Nous pouvions l'observer dans tout ce qu'il nous renvoyait, autant corporellement que verbalement. Nous prenions en compte son tempérament, ses envies, ses besoins etc. Nous avons souvent misé sur des propositions autour de la sensorialité, faisant émerger ses émotions et ses souvenirs. Rappelons l'étymologie du mot thérapie. Ce mot provient du grec ancien « *therapeia* » signifiant « *cure* » lui-même dérivé de « *therapeuo* » signifiant « *prendre soin* ». Cela traduit parfaitement notre volonté d'accompagnement des résidents. Nous voulions prendre soin d'eux, au même titre que les travailleurs sociaux, à travers la thérapie psychomotrice.

3.b. Notre place

Finalement, pour nous, s'inscrire en tant que stagiaires psychomotriciennes incarnant l'unique regard paramédical n'a pas toujours été simple. De nombreux aménagements et adaptations ont dû se faire avant que nous puissions trouver la manière de travailler qui nous convienne le mieux. Actuellement, notre place demande toujours à être remise en question. Nous avons travaillé de manière à découvrir à la fois notre place de futures professionnelles et notre place au sein de cette population si singulière. Des difficultés à coordonner ces deux points se sont présentées à de nombreuses reprises. Notamment lors de nos transmissions auprès des travailleurs sociaux. Nous voulions valoriser ce travail d'équipe, tout en gardant des aspects plus paramédicaux que nous ne pouvions pas divulguer à des personnes en dehors du cadre de la santé. Pourtant, il semblait important pour eux d'avoir accès à ce qu'on pouvait comprendre des résidents. Nous n'étions pas à l'aise dans ces situations. Nous leur donnions des observations alors exhaustives et factuelles avec des hypothèses en lien avec la situation sociale des hébergés.

La question de la prescription médicale a également été une problématique tout au long de notre stage. Mais il semble que cette absence de prescription ait pu avoir un effet avantageux, venant faciliter leur mobilisation. En effet, dans le public de la précarité, certains sujets peuvent

avoir « *des représentations négatives de l'institution de soin, la médecine étant souvent perçue comme coercitive, et les modes de relation entre soignants et soignés difficiles à comprendre, et donc à accepter* » (C. GEOFFROY-ROMANE et al., 2019, p.156).

Pourtant, de notre côté, nous n'étions pas à l'aise puisqu'il nous manquait une expertise médicale. Certains résidents pouvaient présenter une clinique psychiatrique et il nous a manqué l'avis médical afin d'adapter notre regard et notre approche. Cela nous a alors obligé à rencontrer autrement les résidents. Nous abordions d'abord une personne, avant une pathologie. Cette manière de travailler persistera certainement dans notre future pratique même avec une prescription médicale.

Ces quelques mois passés à travailler avec les travailleurs sociaux et auprès des résidents ont permis d'apporter un regard différent et enrichissant. Pour les travailleurs sociaux, la psychomotricité leur a permis un apport sur l'observation corporelle ou plus largement les dynamiques psychocorporelles des résidents qu'ils suivent. Auprès des résidents, elle a semblé leur offrir de nouvelles expériences. Nous l'avons vu au fil de notre écrit, certains se sont inscrits dans le suivi, avec régularité.

Finalement, est-il possible de faire de la psychomotricité dans un CHU ? Nous en sommes désormais convaincues, le passage à une situation de grande précarité ne laisse pas le corps et l'individu indifférents. Les blessures, les perforations et les traces semblent impacter l'organisation psychocorporelle des résidents. Il semble intéressant de pouvoir se pencher sur ces questions et d'accompagner le résident vers son projet de réinsertion en passant par un retour à ce corps blessé. Cela peut être brutal pour certains, c'est pourquoi ce travail ne peut se faire sans contenance et soutien, garanti par le cadre social du centre mais aussi par un suivi médicalisé.

CONCLUSION

Au fil de notre écrit, nous avons voulu mettre en lumière la double apparence de ce Centre d'Hébergement d'Urgence : à la fois lieu de vie et institution sociale. De notre posture de stagiaires, nous avons été entraînés dans sa temporalité et dans sa spatialité. Nous avons voulu mettre en avant ces deux aspects puisqu'ils représentent le réceptacle à toute inscription. Il semble qu'au fil des mercredis passés dans cet établissement, nous avons pu nous y inscrire en nous rapprochant à la fois des résidents et des travailleurs sociaux.

Nous y avons rencontré un public encore peu accompagné en psychomotricité : celui de la précarité. Les impacts du vécu, les empreintes du passé au niveau psychocorporel viennent légitimer la pertinence d'un accompagnement en psychomotricité. En effet, son champ de compétences s'ouvre à de nombreuses disciplines comme le social et la psychanalyse, ce qui lui permet de s'adapter le plus justement possible à ce public. Nous avons tenté de relater l'importance de cette adaptation avec les résidents que nous rencontrions, ainsi qu'avec l'équipe.

Bien que nous ayons mis de l'énergie à dessiner les contours de notre cadre, nous avons réalisé qu'il ne suffisait pas. C'est au niveau de notre implication que tout se jouait. Donner de soi nous permettait de nous ajuster au plus près des besoins des résidents. Mais prendre du recul était également important lorsqu'il fallait accepter une réalité sociale qui nous dépassait.

Tout au long de nos suivis, nous avons pu constater et réfléchir à leur investissement spatial et temporel dans le « *prendre soin* » qui leur était proposé. En tant que stagiaires, nous voulions nous inscrire dans cette structure ; nous avons donc porté un regard sur l'institution et en particulier sa spatialité, sa temporalité et ce qui nous a semblé être de la maternance.

Notre écrit s'est construit à partir de rencontres mémorables au sein de ce centre. Parmi elles, Bernard et Salima ont été l'objet de nos questionnements, de nos analyses, de nos remises en question. Au cours de cette année, nous les avons suivis régulièrement, en séance individuelle. Nous avons dû déployer une grande créativité pour adapter nos méthodes et nos médiations. A travers leur cheminement en psychomotricité, nous les avons vus s'emparer de nos propositions pour s'approcher au plus près de leurs besoins. C'est en cela que leur inscription en psychomotricité a pu être amorcée.

Nous pouvons supposer que reconnaître ses besoins et tenter d'y répondre est équivalent à prendre soin de soi. Nous pouvons donc affirmer que notre démarche de « *prendre soin* » a pu s'inscrire dans cette structure. Néanmoins, notre travail constitue une ébauche d'un processus demandant du temps, des ressources et un accompagnement pluridisciplinaire. « *Du temps, voilà ce que demandent les associations. Sans doute ce qu'il y a de plus difficile à donner dans une société où chaque seconde est comptée.* » (COLOMBANI, 2019, p.21).

Ce processus d'écriture a constitué une réelle expérience dépeignant un chapitre conséquent de notre histoire.

L'histoire d'un binôme qui a été affecté par la richesse des rencontres avec Bernard, Salima, Fred, et d'autres « *invisibles* » (2018),

L'histoire d'un duo qui s'est longuement questionné sur sa pratique, ses émotions, ses observations, la réalité institutionnelle,

L'histoire de deux stagiaires qui ont pu saisir ce que signifiait réellement s'adapter,

L'histoire d'une alliance si solide qu'elle nous soutiendra dans notre pratique future,

L'histoire d'une aventure humaine qui nous a transportées,

L'histoire d'un stage qui s'achève mais dont les réflexions émergent, fleurissent et ne demandent qu'à s'épanouir,

Ce mémoire se clôture, mais l'envie de côtoyer cette clinique dans notre avenir professionnel ne cesse de s'agrandir.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau - 2ème édition (Psychismes)*. Dunod.
- ANZIEU, D. (dir.). (2003). *Les Enveloppes psychiques*. Dunod.
- ARENES J., (2007). Apprendre à être seul en présence de l'autre. *Imaginaire & Inconscient*, 20(2), 123.
- BOWLBY J., (2002). *Attachement et perte. Volume 1 : L'attachement*. Le Fil Rouge. PUF.
- CHU (2019). Rapport d'activité 2019 [document inédit]. Emmaüs Solidarité.
- CICCONE A., (2001) Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, (17), 81-102.
- COLOMBANI L., (2019). *Les victorieuses*. Grasset.
- CONSTANT A., (2015). La précarité. Dans F. Giromini, J.-M. Albaret, P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : Clinique et thérapeutiques (255-264)*. De Boeck Solal.
- C. N. L. E. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, (2014). *Insertion sociale, intégration sociale*. <https://www.cnle.gouv.fr/Insertion-sociale-integration.html>
- CNRTL., (s.d.). Urgence. Dans le Centre National de Ressources Textuelles en ligne. Consulté le 3 janvier 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/urgence>
- DAVIET O., (2009). Clinique de la précarité, précarité de la clinique. *Martin Média, Le journal des psychologues*. 269, 56-60.
- DE AJURIAGUERRA J., (1962). Le corps comme relation. Dans F. Joly, G. Labes (dir.), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. (163-183). Editions du papyrus.
- DECLERCK P., (2001). *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Terre Humaine.
- DORON C., LEBEVE C., MASQUELET A., LEFÈVE C., (2010). Introduction. *Soin et subjectivité*. Presses universitaires de France.

- FURTOS J., (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, (11), 24-33.
- GEOFFROY-ROMANE C., BOURDET-LOUBERE S., MAZOYER A., PIRLOT G., (2019). Une voie vers la réciprocité dans l'accueil aux soins des personnes sans domicile fixe. Dans *Eres Cliniques*, 18 (2), p.156-173.
- GALLIANO A.-C., PAVOT C., POTELE C., (2011). L'espace et le temps. Dans F. Giromini, J.-M. Albaret, P. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (219-251). *De Boeck Solal*.
- HALL E.T., (1994). *La dimension cachée*. Points Essais.
- HESBEEN W., (2012). *Penser le soin en réadaptation*. Seli Arslan.
- HOUZEL D., (2005). L'enveloppe institutionnelle. Dans D. Houzel (dir.), *Le concept d'enveloppe psychique*. (148-150). Psycho-Pocket. In press.
- JAN O., (2015). Du jardin secret au jardin public. L'intime à la rue et le tact professionnel. *Vie sociale et traitements*, 126 (2), 87.
- JACQUES J., (2001). *Psychologie de la mort et du deuil*. Modulo.
- LAROUSSE. (s.d.). Temps. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 4 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>
- LAROUSSE. (s.d.). Intervalle. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 8 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intervalle/43882>
- LE BRETON D. (2003). *La Peau et la trace : Sur les blessures de soi*. Métailié.
- LE BRETON D., (2015). *Disparaître de soi*. Métailié.
- LE BRETON D., (2018). *La sociologie du corps*. Que sais-je ?
- LESOURD F., (2005). Explorations psychanalytiques et psycho phénoménologiques de la notion d'enveloppe temporelle en formation d'adultes. *Expliciter*, 60,1-24.

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI., (1988). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. Légifrance.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. (2007). *Circulaire relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri*. (Circulaire n° 2007-90).
- MORCELLET P., (2009). Effets et actes de soins. *Vie sociale et traitements*, 101, 20.
- PETIT L.-J., (réalisateur). (2018). *Les Invisibles* [Film]. Apollo Films.
- PICHERE P., (2014). *La pyramide des besoins de Maslow*. Le Petit Littéraire.
- PIERRET R., (2013). Qu'est-ce que la précarité ? *Socio*, 2, 307-330.
- PIREYRE E., (2015). La continuité d'existence. Dans E. Pireyre (dir.), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. (53-58). Dunod. Paris.
- POTAMIANOU A., (2001), Mouvance psychique et accablancements, Dans *Le traumatique : répétition et élaboration*, p.7, Dunod, Paris.
- POTEL C., (dir.). (2015). *Du contre-transfert corporel – une clinique psychothérapique du corps*. Eres.
- POTEL C., (2019). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres.
- RATIER F., (2007). *Abord clinique de la grande précarité*. Empan, (66), 40-48.
- ROBERT-OUVRAY S., (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de brouwer.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Solal.
- WINNICOTT W., (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- WINNICOTT W., (2010). *La famille suffisamment bonne*. Payot.

ANNEXES

PRENOM/NOM :

ANAMNESE

- **Date et lieu de naissance :**
.....
.....
- **Nationalité :**
- **Famille, fratrie :**
.....
.....
- **Environnement et conditions de vie (passé, présent) :**
.....
.....
.....
.....
.....
- **Mesures judiciaires, sociales, administratives :**
.....
.....
.....
.....
- **Antécédents médicaux, familiaux, personnels :**
.....
.....
.....
.....
- **Éléments particuliers (appareillages ?)**
.....
.....
- **Addictions éventuelles ?**
.....
.....
- **Douleurs éventuelles ?**
.....
.....

ENTRETIEN

- **Référent social :**
.....
.....
- **Date d'arrivée au CHU**
.....
.....
- **Hébergements précédents ?**
.....
.....
.....
- **Participation aux activités du CHU ?**
.....
.....
.....
- **En un mot, pourriez-vous décrire votre état du jour ? :**
 - *émotion*
 - *corps*
 - *vous*.....
- **Qu'est-ce que la psychomotricité pour vous ?**
.....
.....
.....
- **Relations ?**
 - *Voisin de chambre*
 - *Amis*
 - *Famille*
- **Centres d'intérêts ?**

POSTURE

Chaînes musculaires :

Appuis :

Verticalité :

MOTRICITE

Investissement corporel :

Qualité de la marche :

Sédentarité ? au CHU :

- ✦ EMG (épreuve de motricité gnosopraxique distale) :

Observations (praxies, fonctions perceptivo-motrice, relation, regard, orientation et organisation spatiale, schéma corporel)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- MABC2 :

-Viser et attraper : Attraper avec une main :/10

.....
.....
.....
.....

- Charlop-Atwell :

-Equilibre sur la pointe des pieds : Durée :

.....
.....
.....

-Pantin :

.....
.....
.....

TONUS

- Si le résident est en fauteuil → Epreuve du tonus de l'EGP

- Sinon → Epreuve basique du tonus

Flexion/extension des poignets

Flexion/extension des coudes

Ballant des bras

Mouvement en foulard des épaules

(Ressentis entre les deux côtés)

Flexion/extension des chevilles

Flexion/ extension des genoux

Flexion/extension des hanches

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IMAGE DU CORPS/SCHEMA CORPOREL

➤ Somatognosies (EGP) :

*Pouvez-vous montrer les parties du corps que je vais nommer :

- cheveux - paume - cheville.... - cuisse.... - coude....
- cou.... - oreille.... - nuque.... - ventre.... - paupière....

*Pouvez-vous nommer les parties du corps que je vais vous montrer :

- mollet - bras - genou.... - cheveux.... - pouce.... - lèvres.... - talon - dos - dents - sourcils

→ Barrière de la langue ? oui / non

➤ Dessin d'un personnage

APPORTS DU RESIDENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENVELOPPES

Vêtements

Peau / Soins / Hygiène

Tatouages / Piercings

RAPPORT A L'ESPACE

Investissement de espaces du CHU (lieux communs, chambre) :

➤ Epreuve d'orientation de Marthe Vyl :

Voyages 1243 / 3421 / 3214

.....

.....

.....

RAPPORT AU TEMPS

➤ Date complète du jour :

.....

.....

➤ Heure :

.....

➤ Epreuve de rythme de Mira Stambak :

Tempo individuel :

.....

ESSAIS	TOTAL	
→ ●● → ●● ●		
1.	●●●	
2.	● ●●	
3.	●● ●● ●●	
4.	● ● ● ● ●	
5.	● ●●●●	
6.	●●●●●	
7.	●●●● ●●	
8.	●● ●●● ●	
9.	● ●● ●●● ●●	
10.	● ●● ●● ● ●●	

➤ Attraper un cube au signal (EGP) : Je vais compter sans m'arrêter mais lorsque je prononcerai 5 vous attraperez ce cube, non pas à 4 ni à 6 mais bien à 5. Maintenant à 10 (compter plus vite)

.....

.....

.....

RDV manqué ?

.....

.....

LANGAGE

- **Compréhension écrite (MMSE) :** *Tendre au résident une feuille de papier sur laquelle est écrit « fermez les yeux » : faites ce qui est écrit*

.....

 ..

- **Expression écrite (MMSE) :** *« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez mais une phrase entière »*

.....

 ..

Cohérence :

Difficultés avec la langue française ?

Qualité :

RELATION

Distance :

Positionnement au sein du groupe :

Réaction face au regard d'autrui :

FONCTIONS EXECUTIVES

- **Figure de Rey :**

« Je vous demande de copier ce dessin »

Durée :

Retirer le modèle, attendre 3 minutes

« Pouvez-vous refaire ce dessin sans le modèle ? »

Durée :

- **Epreuve de Stroop :** 45 secondes par parties

CARTE A : Vous allez devoir lire ces mots, à voix haute, de gauche à droite, le plus vite possible. Dès que vous arrivez en bas de page, vous recommencez jusqu'à ce que je vous dise stop (au bout de 45 sec)

CARTE B : Vous allez faire la même chose

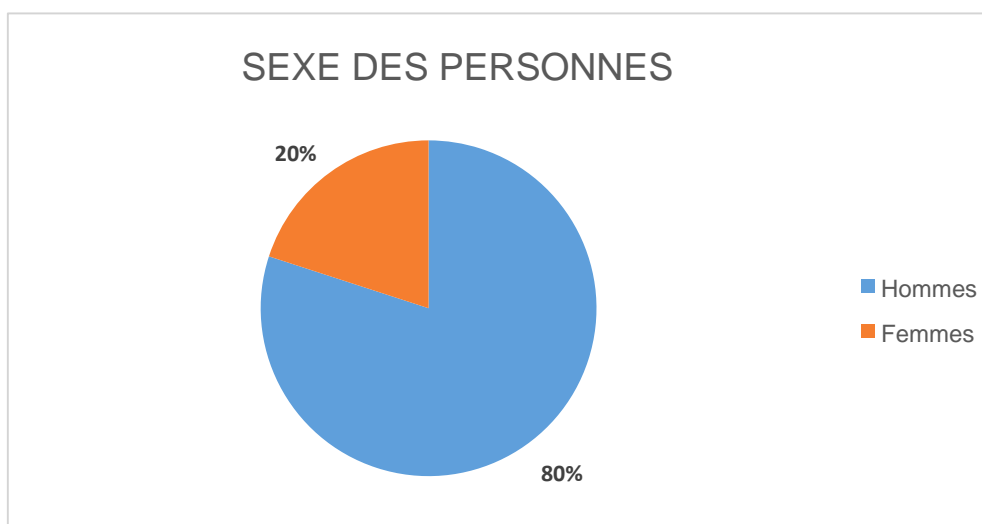
CARTE C : Sur cette feuille, il y a des rectangles de couleur, vous allez devoir les nommer le plus vite possible

CARTE B : Vous allez au lieu de lire les mots, devoir me donner la couleur dans laquelle ils sont écrits.

Observations (vitesse de lecture, hésitations, erreurs, maintien de l'attention, flexibilité mentale, adaptation à nouveauté, stratégies)

.....

31/12/2109 : SEXE DES PERSONNES	
Hommes	Femmes
80%	20%



➤ **Ages :**

AGES DES PERSONNES					
Moins de 3 ans	De 3 à 17 ans	De 18 à 24 ans	De 25 à 49 ans	de 50 à 64 ans	65 ans et plus
0	0	1	69	41	14

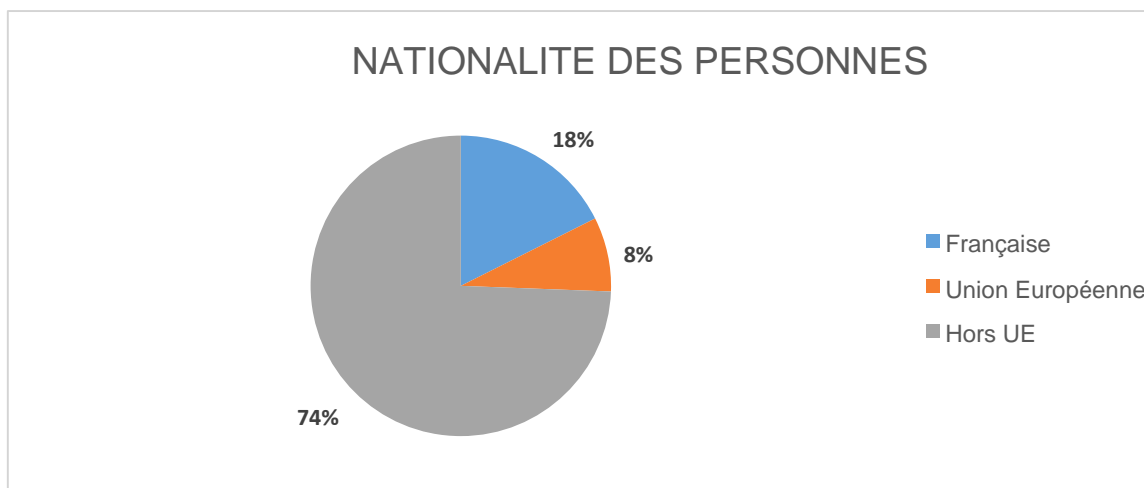
- Une moyenne d'âges de 47 ans, hommes et femmes confondus. Légèrement plus basse que celle de l'année précédente.
- En 2019 : moyenne d'âges hommes : 47 ans

Moyenne d'âges femmes : 50 ans

➤ **Nationalités :**

NATIONALITE DES PERSONNES		
Française	Union Européenne	Hors UE
22	10	93

II.1- Extrait du Rapport d'Activité 2019 du CHU, p. 24



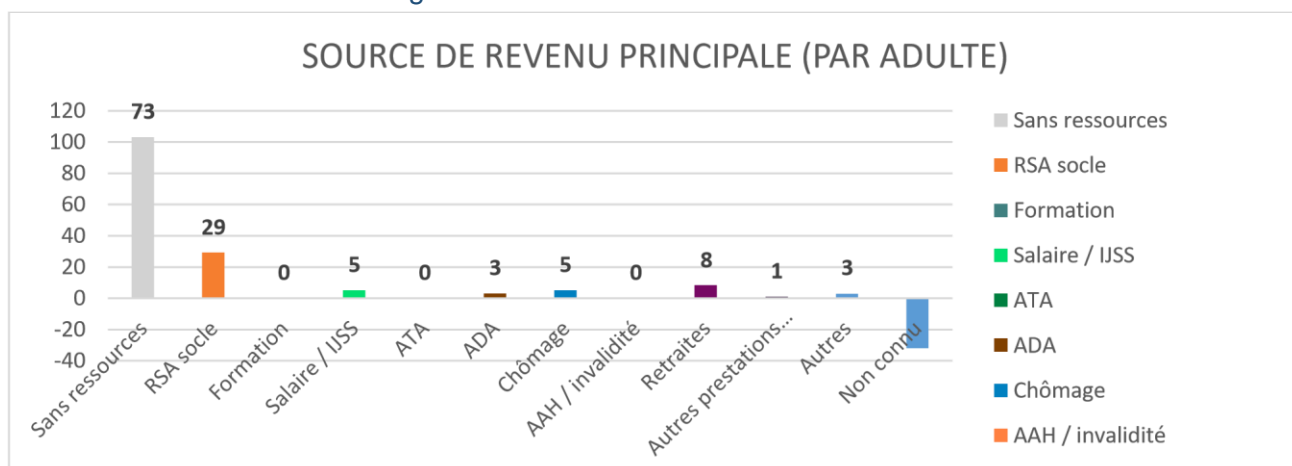
- Une grande majorité de personnes originaires d’Afrique subsaharienne et d’Afrique du nord.
- Une dizaine de personnes en provenance de pays de l’est.

Ressources et situation au regard de l’emploi :

- 73 personnes (sur les 125 accueillies en 2019) ne perçoivent aucune ressource. ➤ **7 personnes exercent ou ont exercé un emploi déclaré en 2019**

Le type de ressources :

- 29 personnes sont bénéficiaires du RSA socle
- 10 Personnes perçoivent l’A.A.H
- 8 personnes bénéficient d’une retraite, 5 personnes perçoivent une allocation chômage



b. Problématiques individuelles

Les personnes accueillies sur la structure font face à diverses problématiques : problèmes de santé, problèmes administratifs, désocialisation qui, de fait, sont des freins à l'accès au logement mais également (dans certains cas) au maintien de leurs places d'hébergement dans la structure.

Les problématiques liées au vieillissement des personnes et à leur perte d'autonomie ont représenté en 2019 une difficulté majeure dans l'accompagnement social.

Les soins d'hygiène et médicaux ainsi que les aides à domicile dont pourraient bénéficier ces personnes ne peuvent pas toujours être mises en action en raison de leurs situations administratives. Ces situations à amener le service à se positionner à la limite de l'intervention prescrite afin de répondre à des situations d'urgence. Elles interrogent sur la capacité à accueillir dans un contexte institutionnel qui n'a pas vocation à se substituer au droit commun.

RÉSUMÉ

Cet écrit relate le cheminement de deux étudiantes ayant réalisé leur stage expérimental dans un Centre d'Hébergement d'Urgence. En essayant d'inscrire le soin psychomoteur dans cette structure sociale, nous avons rencontré un public : celui de la grande précarité. A travers la rencontre de deux résidents, Salima et Bernard, des questionnements ont émergé quant aux influences de leur passé sur leurs dynamiques psychocorporelles. De nombreuses interrogations sur notre inscription et celle des résidents dans la structure viendront ponctuer nos réflexions. Afin d'y voir plus clair, notre regard s'intéressera en grande partie à l'institution et en particulier à sa spatialité, sa temporalité et sa contenance.

Mots-clés : Psychomotricité - Précarité - Soins - Inscription - Corps - Temps - Espace - Enveloppes - Réinsertion sociale - Autonomie

SUMMARY

This dissertation talks about the progression of two students who realised their experimental internship in an emergency shelter. In order to place the psychomotor care in this social institution, we met the precariousness. With the meeting of two residents, Salima and Bernard, questions have emerged about the impacts of the past in their body and their psyche. We'll talk about our questioning concerning our insertion and the one of the residents in this institution. That's why a special attention will be devoted to its spatiality, its temporality and its institutional envelope.

Keywords: Psychomotor therapy - Precariousness - Care - Inscription - Body - Time - Space - Envelopes - Social rehabilitation - Autonomy