



HAL
open science

La toxicomanie dans l'économie du sujet : approche psychomotrice des sujets toxicomanes au sein d'une communauté thérapeutique

Laure Wolff

► **To cite this version:**

Laure Wolff. La toxicomanie dans l'économie du sujet : approche psychomotrice des sujets toxicomanes au sein d'une communauté thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867742

HAL Id: dumas-00867742

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867742>

Submitted on 30 Sep 2013

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.

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN
Institut de formation en psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**LA TOXICOMANIE DANS L'ECONOMIE
PSYCHIQUE DU SUJET**

Approche psychomotrice des sujets toxicomanes
au sein d'une communauté thérapeutique

Laure WOLFF

Née le 12 octobre 1990 à Tours

Juin 2013

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier Emmanuelle PETIET, ma directrice de mémoire pour m'avoir accompagnée tout au long de l'écriture de celui-ci.

Je remercie Audrey MIOSSEC pour m'avoir fait partager son expérience et son enthousiasme.

Je remercie tous les résidents de la communauté thérapeutique pour leur accueil.

Je remercie ma famille grâce à laquelle j'ai pu suivre mes études sereinement, et particulièrement ma mère et ma tante pour leurs précieuses relectures...

Pour finir, je remercie mes amis, pour nos échanges riches, leurs conseils, leur présence et leur indéfectible soutien...

AVANT-PROPOS

« Dans les pays sous-développés les hommes prennent des produits pour calmer leur faim et on pourrait se poser la question de savoir de quelle faim il s'agit pour les gens qui prennent de la drogue dans les pays développés. »

C. OLIEVENSTEIN, *Écrit sur la toxicomanie*

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I. APPROCHE DE LA TOXICOMANIE : COMPLEXITE DU PHENOMENE	8
A. DE LA DEPENDANCE A LA TOXICOMANIE.....	8
B. LA DROGUE : DES MECANISMES COMMUNS ET DES EFFETS DIFFERENTS	14
C. PSYCHOLOGIE ET PATHOLOGIE	21
II. PLACE DU CORPS DANS LA PROBLEMATIQUE ADDICTIVE	25
A. PROCEDES AUTOCALMANTS	25
B. RECHERCHE DE SENSATIONS	27
C. MARQUAGE DU CORPS : UN CORPS DESINVESTI OU SURINVESTI ?	29
D. TEMPORALITE	30
III. LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	33
A. HISTORIQUE ET CONTROVERSES	33
B. APPROCHE SOCIO-COMPORTEMENTALISTE	35
C. LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE OU J’EFFECTUE MON STAGE.....	36
D. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	41
IV. PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	44
A. LA RELAXATION	44
B. REMI OU UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EN PSYCHOMOTRICITE DANS LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	63
C. AUTRES POSSIBILITES D’APPROCHE DES SUJETS TOXICOMANES EN PSYCHOMOTRICITE.....	72
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	81
TABLE DES MATIERES	83

INTRODUCTION

C'est sans doute une évidence de dire que la consommation de drogue dans la société actuelle n'est plus marginale : alcool, cannabis, ecstasy... Il est même parfois de bon ton d'avoir recours de temps à autre à l'une ou l'autre de ces substances que l'on peut se procurer partout et en toutes occasions, sans avoir la sensation d'enfreindre un tabou. Je l'ai constaté, et cela m'a frappée, à partir du lycée puis tout au long de mes études. « *Jamais autant d'individus qu'aujourd'hui n'ont été à ce point enclins à l'abus et à l'usage chronique de ces substances* » (POMMERAU). Depuis les années 70 nous voyons une augmentation de la consommation chez les jeunes de produits nocifs, légaux et illicites. La ligne à franchir pour devenir toxicomane n'est plus si grande que cela...

De nombreux courants ont défini ou tenté de définir les différents aspects de la toxicomanie et ce qui est en jeu dans cette problématique ; cette dernière est extrêmement complexe et la personne concernée est bouleversée dans tout son être.

C'est pourquoi il me paraît important, en premier lieu, de définir le plus simplement possible ce que l'on entend en termes de « dépendance », d' « addiction » et de « toxicomanie ».

Comment pouvons-nous aborder ces sujets si déstructurés ? Comment pouvons-nous aider cette population dont la problématique est si complexe ? Complexe parce qu'elle fait intervenir la psychologie, la personnalité spécifique de chacun, la psychiatrie et l'entourage du sujet pour tenter de déchiffrer l'installation de l'addiction ; la société pour affiner notre compréhension de la rencontre d'un individu avec la drogue ; la sociologie pour saisir où se situe la « toxicomanie » ; la neurochimie et la biologie pour expliquer les effets que peuvent procurer ces substances psychoactives... En pratique, tout cela n'est pas aussi clivé. L'addiction est causée par des mécanismes nombreux et divers, internes à la personne aussi bien qu'externes ; l'addiction est donc un phénomène complexe. Les courants théoriques qui tentent d'expliquer les phénomènes addictifs et de les résoudre sont eux aussi nombreux, ce qui ajoute à la complexité.

Dans ce mémoire, je ne pourrai considérer tous ces champs théoriques au risque de les traiter trop superficiellement. C'est pourquoi je me suis concentrée sur la personne elle-même, sur la place du corps dans la résolution des conflits psychiques. Car, pour moi, c'est sur cela que nous, psychomotriciens, pouvons intervenir.

Nous tentons tous de fuir une réalité interne ou externe qui dépasse notre capacité intellectuelle, par l'action et parfois de façon addictive : c'est « l'économie psychique qui est la décharge rapide de toute tension interne » (J. MCDOUGALL). Lorsque la tension psychique interne est trop forte et que la personne est en incapacité de mentaliser, le sujet, en consommant de la drogue, est à la recherche de très fortes sensations corporelles (excitation, extase, défonce, jouissance, abandon...) comme unique solution pour diminuer ces tensions internes. C'est cette idée que je défends, pour tenter de théoriser le phénomène de l'addiction. J'ai réfléchi à l'analogie existant entre l'addiction et la psychosomatique, notamment au niveau des procédés autocalmants. La psychosomatique s'intéresse à la personne dans son intégralité et met en évidence les phénomènes mis en jeu dans la problématique addictive.

Dans l'imaginaire collectif, le terme « toxicomane », « le toxico » est un terme très péjoratif, représentant un homme en marge de la société, sidéen, percé et tatoué, se shootant à l'héroïne du matin au soir, alternant alcool et cocaïne...

Or, les sujets toxicomanes sont avant tout des individus en souffrance, avec de grandes fragilités. Ils ont recours aux produits parce qu'ils leur assurent des sensations, certes procurées artificiellement, mais vécues réellement, perçues par eux-mêmes, et qui les soulagent ponctuellement de leur mal-être. Ce sont ces personnes en grande souffrance que j'ai rencontrées sur mon lieu de stage, dans un centre de soin en addictologie : une communauté thérapeutique. C'est une structure spécifique et particulière, encore expérimentale. C'est pourquoi j'ai trouvé intéressant de décrire l'historique des communautés thérapeutiques afin de comprendre dans quel courant s'inscrit la psychomotricité que je pratique au sein du centre dans lequel je suis en stage. Cette institution est un peu considérée comme celle de la « dernière chance » ; elle accueille une population dont l'âge se situe entre 30 et 40 ans.

Parce que la psychomotricité considère la personne dans sa globalité, elle peut être, de par son essence et sa nature, une pratique particulièrement pertinente dans l'approche des sujets toxicomanes.

La question que nous pouvons nous poser et sur laquelle j'ai travaillé tout au long de l'année est la suivante :

Comment la psychomotricité, dans sa spécificité et dans sa particularité peut-elle aider les sujets toxicomanes à trouver d'autres moyens que la décharge rapide de toute tension interne, trouvée dans la consommation de produit ?

A l'âge adulte, le langage verbal est venu prendre une place prépondérante dans le lien aux autres ainsi qu'à soi-même dans sa corporéité. La personne s'inscrit dans une dynamique vécue, éprouvée, représentée. L'éprouvé se situe comme la charnière entre le vécu et le représenté donc entre le corps et le langage verbal, entre le corps et le psychisme. Il est donc essentiel de repasser par des sensations corporelles primaires ; elles sont souvent annihilées par les drogues chez le toxicomane. C'est le processus à l'œuvre dans la méthode de relaxation que je propose aux patients dans la communauté thérapeutique où j'effectue mon stage de troisième année.

Pour appuyer ma démarche, je présenterai sous forme d'étude de cas, la prise en charge individuelle d'un résident que j'ai suivi.

I. APPROCHE DE LA TOXICOMANIE : COMPLEXITE DU PHENOMENE

A. De la dépendance à la toxicomanie

1. La dépendance

a. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la dépendance comme un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit. Elle est caractérisée par des réponses comportementales, qui engendrent toujours une compulsion à prendre la substance de façon périodique ou régulière pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (le manque). La tolérance peut être ou non présente (diminution de l'effet de la drogue avec la même dose).

Le terme « *dépendance* » est couramment employé pour parler de la dépendance à l'usage d'une substance psychoactive dont l'absence de consommation entraîne un malaise psychique, voire physique, incitant le consommateur devenu dépendant à reprendre sa consommation et à la pérenniser.¹ A l'heure actuelle, ce terme désigne aussi la dépendance à des comportements, sans que la consommation de produits psychoactifs soit présente.

b. La dépendance originelle, puis « normale, quotidienne »

« *La dépendance est notre destinée, de même que la lutte incessante et inhumaine que nous menons contre elle pour essayer d'y échapper* » J. MCDOUGALL²

La dépendance est un élément intrinsèque à la vie humaine. « *Tout le monde est dépendant, inégalement, variablement, relativement à un ou différents objets, dynamiquement* » (DESCOMBEY, 1995).

1 www.drogues.gouv.fr

2 J. MCDOUGALL, « L'économie psychique de l'addiction »

Tout commence par la dépendance : nous naissons tous « dépendants » ; c'est la spécificité du petit de l'homme. Cette spécificité est liée à l'immaturation du nourrisson.

Dès la naissance, la survie du bébé est dépendante de l'autre et de son image parentale dans un premier temps. La survie et le développement harmonieux du nourrisson puis de l'enfant dépend de l'autre et des interactions précoces entre le bébé et son entourage.

Tout le « travail » de l'enfant puis de l'adolescent sera de conquérir son indépendance, au prix de pertes et de renoncements importants. C'est ce qui rend l'accession à l'indépendance si difficile. Certains individus ne pourront jamais y accéder : une substitution à cette dépendance originelle sera recherchée, créant ainsi une dépendance pathologique.

Toute la vie, chacun de nous lutte contre ses désirs. La plupart du temps nous y parvenons, favorisant ainsi le principe de réalité au détriment du principe de plaisir. Tout au long de notre vie, nous sommes soumis à des formes de dépendances : nourritures, cigarettes, sports, rituels qui rythment notre vie... Ces dernières, que l'on pourrait appeler « dépendances naturelles » ou même « dépendances quotidiennes » ne sont pas en soi pathologiques car elles ne sont pas exclusives. Elles s'équilibrent entre elles et ne nous coupent pas de notre monde psychique, ni des relations sociales, ni de la réalité extérieure...

Quelquefois, la tension interne est si forte que le seul travail psychique ne suffit pas... L'individu a alors recours à des objets extérieurs (nourritures, cigarettes...) ou à des activités motrices (sport, jeux vidéo, télévision...) : c'est un processus de régulation. Le problème se pose lorsque l'individu rentre dans une pratique compulsive, sans élaboration psychique, dans le but de diminuer cette pression interne trop difficile à métaboliser et à transformer.

Pour compléter la réflexion sur les dépendances dites normales, je citerai Eric LOONIS qui a élaboré une théorie sur le fonctionnement addictif de notre cerveau.¹ Je ne développerai pas en totalité cette théorie mais je sélectionnerai quelques informations qui m'ont paru importantes.

Notre cerveau secrète naturellement des « drogues endogènes », en petites quantités, qui s'équilibrent et s'autorégulent en référence au système de plaisir/déplaisir.

¹ E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

Certains comportements et activités entraînent une forte augmentation de la sécrétion de ces substances (sports endurants, sports extrêmes...). Or nous serions tous potentiellement drogués à des répétitions de pratiques qui nous procurent du plaisir. Mais la dépendance véritablement problématique apparaît quand le sujet perd le contrôle de son besoin d'une pratique.

Ces « dépendances pathologiques » ne seraient donc pas des cas particuliers mais l'extension d'une addiction ordinaire caractéristique du système nerveux dont l'individu perd la maîtrise. Le sujet devient dépendant de la fréquence de cette pratique qui se transforme non plus en désir mais en besoin.

« Nos vies sont sous-tendues par une multitude de dépendances grandes ou petites aux drogues, aux personnes, à l'action, aux objets... »

« On ne peut pas ne pas être dépendant »

(MEMI, 1979).¹

Les différences entre dépendance « normale » et dépendance « pathologique » ne sont pas clairement définies mais se situent plutôt dans une certaine continuité : ce qui va les caractériser sont les phénomènes de tolérance, d'accoutumance et le symptôme de manque...

c. La dépendance « pathologique »

« Le besoin d'altérer nos états psychobiologiques est de plus en plus considéré comme inné... la question est de savoir pourquoi certains deviennent dépendant de ces états. » (R. NEISS) ²

La dépendance regroupe différentes conduites liées à des consommations de substances (drogues, alcool...) ou à des comportements (jeux, sexe...). Dans ce mémoire, je ne traiterai que des dépendances aux substances : dans le centre où j'effectue mon stage, j'ai rencontré essentiellement des personnes toxicomanes.

La dépendance peut être considérée comme une **perte totale de contrôle** vis-à-vis des consommations qui envahissent la vie du sujet.

¹ E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

² E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

La dépendance va être aussi le résultat de l'adaptation de notre organisme aux drogues. Elle s'exprime d'une part par le **manque** quand le produit vient à faire défaut et d'autre part par la **tolérance**, qui est le fait d'augmenter toujours les doses pour obtenir les mêmes effets.

Dans de nombreuses classifications, la dépendance qui s'installe après des consommations répétées de substances psychoactives est souvent définie par deux natures différentes :

- Physique : c'est un état d'adaptation créant des troubles physiques et physiologiques néfastes visibles, intenses, entraînés par l'arrêt de la consommation ; c'est l'état de manque
- Psychologique : c'est un besoin d'ordre psychique se traduisant par des pensées récurrentes négatives de l'individu en état de manque et la volonté/l'envie de consommer à nouveau du produit pour en ressentir les effets.

La dépendance physique la plus visible et la plus importante est celle due aux opiacés ; elle se révèle particulièrement intense lors du syndrome de sevrage dont les symptômes sont particulièrement douloureux : variation de la température, de la pression artérielle, diarrhées, nausées et vomissements, insomnies...¹

« J'avais mal partout, aux muscles... Je suis pas suicidaire mais là j'ai vraiment eu envie de me tuer »²

Cependant, cette distinction entre « dépendance physique » et « dépendance psychique » réactualise la dichotomie corps/psychisme encore très présent chez certains psychiatres. Ces deux notions peuvent être alors englobées sous le terme de **pharmacodépendance**. La dépendance qui s'installe est globale. C'est là que la psychomotricité a un rôle à jouer : nous travaillons avec la personne dans son intégralité car le corps et le psychisme représentent une seule et même entité : l'individu.

¹ L. SALOMON, *Cerveau, drogues et dépendance*, p. 71

² Parole d'un résident

2. Addiction

a. Etymologie de l'addiction

En latin puis en vieux français, le terme addiction signifiait « se donner » ; il désignait une pratique de « contrainte par corps » (Bergeret, 1981). Au moyen-Âge lorsqu'un créancier ne pouvait payer son débiteur, il se mettait au service de celui-ci ; il devenait alors son esclave. La question du corps est incluse dans l'étymologie du mot addiction : **il n'y a pas de référence à l'objet mais au corps** directement.

*« Le corps paye lorsque le psychisme est défaillant ».*¹

L'addiction en termes de dépendance définit l'asservissement du consommateur.

b. Définition de l'addiction

L'OMS définit l'addiction comme "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements".

L'addiction est un autre terme pour désigner une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, parfois acceptée, parfois totalement rejetée par son environnement social, à l'égard d'un produit psychoactif ou d'un comportement.²

En 1990, GOODMAN propose une définition de l'addiction : ce serait le « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et de sa persistance en dépit des conséquences négatives.* »

Une addiction devient nuisible lorsque l'individu n'arrive plus à trouver un équilibre par rapport aux autres obligations : sociales, familiales, vitales... Je parlerai de ces addictions-là, celles qui ne laissent pas la place à d'autres investissements que la consommation de produits : c'est le cas des résidents du centre où j'effectue mon stage ; ils sont en rupture presque totale avec la société.

1 P. ANDRE, et al..., *Corps et psychiatrie*

2 www.drogues.gouv.fr

Finalement les termes de dépendance et d'addiction peuvent être utilisés indifféremment pour désigner ce comportement qui amène l'individu à s'adonner à des pratiques qui le privent de sa liberté d'être et de vivre.¹

c. La toxicomanie

La toxicomanie est un sous-ensemble des conduites addictives. Pour *l'homme de la rue* la représentation qu'il se fait du terme « toxicomane » est souvent négative et péjorative ; elle est souvent liée à une notion de jugement. Cependant je l'emploierai tout au long de ce mémoire dans un souci de clarté mais sans a priori négatif ni stigmatisation.

La toxicomanie peut être considérée comme une consommation excessive de produits licites ou illicites possédant des propriétés de modification de la conscience, de la perception de soi, de ses capacités et du monde extérieur et de la dépendance qui en découle.² La toxicomanie doit être considérée comme la nécessité irréprouvable de consommer une substance et l'impossibilité d'y renoncer.

Selon P-L. ASSOUN, la toxicomanie est « l'appétence envers certains produits qui, devenant indispensables au fonctionnement vital et à l'économie de plaisir des sujets, organise un comportement de dépendance. »

Ce n'est pas uniquement la consommation d'un produit qui va provoquer une toxicomanie. Elle va dépendre de nombreux facteurs qui peuvent se regrouper en trois dimensions : culturelle et sociale, biologique et enfin psychologique. Une personne ne va pas devenir dépendante au seul produit chimique mais aussi aux pratiques qui l'accompagnent : les rituels autour de la consommation, l'appartenance à un groupe social de référence, le contexte général lié à la consommation...

« C'est une vie, c'est un délire »³

1 www.drogues-info-service.fr

2 J-C. PEDINIELLI, et al..., *Psychopathologie des addictions*

3 Parole d'un résident

Lors d'un entretien individuel avec Steven, un résident qui effectue son deuxième séjour dans le centre, il m'explique : « après mon premier séjour, quand j'ai quitté l'institution au début c'était bien et puis vite j'ai recommencé à m'ennuyer donc j'ai recommencé rapidement à consommer, d'un coup, tout en même temps ». Il me dit que ce qui lui manquait le plus c'était « de se retrouver avec ses copains, puis de se mettre tous dans le même état ».

La drogue menace de constituer au sein de la personnalité un investissement tyrannique réduisant à peu près à néant toutes les autres formes d'investissement relationnel.¹

B. La drogue : des mécanismes communs et des effets différents

1. Principaux mécanismes neurobiologiques communs à toutes les drogues

J'évoquerai succinctement les mécanismes biologiques mis en jeu sous l'effet des substances psychoactives. Toutes les drogues provoquent des effets dans le cerveau, se répercutant dans tout l'organisme. Elles ont une cible commune mais les effets seront différents suivant le type de consommation (occasionnelle ou addictive) et selon le type de drogue consommée.

a. Cible des drogues dans le cerveau

Les effets des drogues sur l'organisme sont bien sûr différents d'une substance à l'autre et dépendent de plusieurs éléments : le type de drogues, la dose ingérée, son mode d'administration (intraveineux, inhalation...).

Or toutes ces drogues ont une cible commune dans le cerveau : « le circuit de récompense », qui est une partie spécifique au système limbique.

1 J. BERGERET, *Toxicomanie et personnalité*

Ce dernier est un réseau de voies nerveuses ; il constitue un carrefour où se gèrent des informations en provenance de plusieurs autres structures cérébrales.¹ Les actions qui procurent du plaisir sont repérées et renforcées par le « circuit de récompense » afin qu'elles se reproduisent. Le neurotransmetteur impliqué dans ce système est la dopamine. Les substances psychoactives augmentent la libération des neurotransmetteurs dopaminergiques dans le noyau accumbens, accolé au striatum. Ces neurotransmetteurs influencent une grande partie de nos comportements et ont un rôle central dans le système de récompense.

Les drogues n'activent pas n'importe quelle zone du cerveau. Chacune a son site privilégié. Activatrices ou inhibitrices, elles influent sur des émotions comme la douleur, la peur, l'angoisse, la colère ou les fonctions comme la mémoire, sur les besoins corporels (faim, soif), sur les automatismes physiques (respiration, rythme cardiaque, pression sanguine), sur le contrôle des mouvements, conscients ou inconscients, et bien sûr sur l'énergie mentale, la confiance en soi, l'euphorie, le désir et le plaisir. Toutes ces émotions et ces fonctions se localisent à des endroits bien précis, même si les différents réseaux sont tous interconnectés.²

Si les drogues ont un effet sur nous, c'est qu'elles contiennent des molécules qui agissent sur nos drogues naturelles (endogènes), qui sont fabriquées par notre organisme, en particulier par notre cerveau.

b. De la consommation récréative à l'addiction

La base de toute addiction est un ensemble d'adaptation cérébrale, neuronale, qui opère sur des phénomènes de tolérance et marque la sensibilité. De nombreux paramètres sont susceptibles de provoquer une addiction. Nous verrons ici ce qui est mis en jeu au niveau biologique.

Toutes les drogues peuvent engendrer un phénomène de dépendance, plus ou moins puissante. Nous pouvons dire qu'elle peut être caractérisée par deux phénomènes : la sensibilité et la tolérance.

1 www.romandieaddiction.ch

2 S. HOREL, J-P. LENTIN, *Drogues et cerveau*

La théorie du « renforcement négatif » et celle de « renforcement positif » ¹

Le renforcement négatif est basé sur le fait que le sujet va consommer de la drogue pour calmer la souffrance et la douleur occasionnées par le syndrome de manque à l'arrêt de la prise de produit.

Le renforcement positif fait intervenir la sensation de plaisir. Le sujet consomme des substances psychoactives parce qu'il recherche le bien être, le plaisir immédiat que procure la drogue.

La théorie prenant en compte ces deux types de renforcement est intéressante pour commencer à percevoir les mécanismes qui sous-tendent le phénomène de l'addiction.

La sensibilité et la tolérance.²

Par des essais thérapeutiques sur des animaux, on a observé, que dès les premières injections de drogues, ils manifestent une **sensibilité** comportementale, c'est-à-dire une augmentation croissante de leur activité locomotrice ; on constate une réaction de plus en plus intense au fur et à mesure des injections.

Il semble donc qu'un phénomène de mémorisation biologique soit à l'origine de l'augmentation des effets produits par les injections successives. Cela paraît conforme à la clinique car il est rare que la première injection d'héroïne soit l'expérience la plus agréable et la plus intense. Il faut souvent un certain temps pour que paraisse l'effet paroxystique du « flash » de l'héroïne : c'est une sensation de plaisir intense très proche de l'orgasme sexuel.³

Par ailleurs, il est connu qu'après un temps d'arrêt, et si la dépendance n'est pas installée depuis longtemps, en reprenant la drogue qui lui est familière, le sujet retrouve la puissance hédonique qu'elle avait acquise, comme s'il y avait effectivement une mise en mémoire de ces consommations dans l'organisme.

L'état de sensibilisation qui implique le système dopaminergique est étroitement lié aux facteurs environnementaux; il peut être induit par d'autres stimuli que la drogue en particulier par certaines interactions sociales et, du fait de sa mémorisation, reste inscrit longtemps.

¹ L. SALOMON, *Cerveau, drogues et dépendance*

² A. MOREL et al..., *Soigner les toxicomanes*

³ L. SALOMON, *Cerveau, drogues et dépendance*, p. 70

C'est pourquoi de nombreux toxicomanes consomment à nouveau de la drogue lorsqu'ils reviennent dans le milieu dans lequel ils consommaient, après être restés abstinents pendant un certain temps.

Par ailleurs l'organisme développe un processus de **tolérance** suite à une exposition répétée à la drogue.

La tolérance se caractérise par une diminution des effets provoqués par une même dose de substance psychoactive. Il y a une perte progressive de la sensibilité au produit. Ce phénomène est le résultat de divers processus adaptatifs, notamment au niveau cellulaire. Le processus de tolérance est lui aussi soumis à des facteurs environnementaux, ce qui renforce l'hypothèse de la dépendance non pas à un produit mais aussi à l'expérience et l'environnement qui l'entourent.

Une hypothèse me semble importante pour expliquer la dépendance physique intense qui peut s'installer. Elle se base sur **le principe d'homéostasie propre au cerveau** avec un équilibre interne entre les renforcements positifs et les renforcements négatifs. Ce principe d'homéostasie met en évidence un mécanisme de compensation et d'opposition aux déséquilibres produits par la prise répétée d'une drogue.

Cet mécanisme met en jeu des peptides opioïdes qui vont masquer les effets de la substance et amener le sujet à augmenter les doses pour les retrouver (tolérance). Lorsqu'il y a privation de drogue, ce mécanisme continue de fonctionner créant ainsi des symptômes contraires à ceux générés par la substance : c'est le syndrome de manque. Ce sont les processus de compensation négative qui se prolongent quelques jours.

Cet emballement des systèmes positifs et négatifs, occasionné par la stimulation permanente due à la consommation compulsive de drogue, définit assez bien la dépendance et le besoin de reprendre la substance pour tenter de maintenir un équilibre. Le cerveau va garder en mémoire cette expérience de la drogue. Ainsi, au moment du sevrage puis plus tard lors du craving (envie impérieuse et irrésistible de consommer), le corps est dans une souffrance intense ; il a besoin de reprendre la substance pour tenter de maintenir un équilibre.

« On a parlé de came pendant une heure, je suis sorti tellement j'étais mal, ça me tordait le ventre ».¹

Le craving est un besoin impérieux de consommer de la drogue, il s'exprime comme une envie quasi instinctuelle d'en profiter sans délai.² Le corps, par les mécanismes biochimiques du cerveau (par le circuit de récompense déjà décrit) « garde en mémoire » ces prises de drogue. Le phénomène de craving est déclenché par l'effet d'amorçage, c'est-à-dire l'exposition du sujet à un environnement associé à sa période toxicomaniaque, ou par une prise de drogue même faible. La libération de la dopamine dans le cerveau qui se produit alors provoque un phénomène de craving. Ce dernier est donc une hypersensibilité du système de désir en lien avec des sources informationnelles. Sa nature est non-spécifique du besoin : un grand nombre de stimuli différents peuvent déclencher une rechute.³

C'est pourquoi la plupart des personnes ayant eu une période toxicomaniaque ne pourront pas retoucher à la drogue, ne serait-ce qu'une fois, sans risque de retomber dans une consommation excessive et addictive. Ceci est valable pour toutes les drogues, même les plus banales comme la cigarette ou l'alcool.

« Moi j'ai essayé et je sais que je ne peux pas reboire ne serait-ce qu'un seul verre d'alcool sans finir la nuit au bord du coma éthylique ».⁴

2. Trois grandes catégories de drogues

On peut distinguer trois grandes catégories de drogues : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. Je développerai seulement les effets des drogues les plus impliquées dans les toxicomanies :

- **Les sédatifs** : alcool, benzodiazépines, opiacés (héroïne, méthadone...) ...

Les opiacés ont une action au niveau du système nerveux central, en particulier sur des sites récepteurs d'endorphine qui participent à la régulation des différentes émotions : celles qui accompagnent la douleur et les échanges sociaux. Les effets communs des opiacés sont

¹ Parole d'un résident

² A. Charles-Nicolas, « Le craving n'est pas le manque »

³ E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

⁴ Parole d'un résident

l'analgésie, parfois l'anesthésie, une diminution de l'angoisse, un ralentissement de la pensée et des différentes fonctions physiologiques (constipation, hypertension, myosis...). A forte dose, il peut y avoir des conséquences mortelles par dépression respiratoire.

La consommation répétée et importante de tels produits génère rapidement une pharmacodépendance, une tolérance importante et un syndrome de manque très sévère : anxiété, dépression, agitation, colère, insomnie, crampes, bouffées de chaleur, frissons... Dans le cas des opiacés, ces symptômes apparaissent seulement quelques heures après la dernière prise ; ils sont intenses pendant les deux/trois premiers jours puis diminuent jusqu'au septième jour.

- **les stimulants** : amphétamines, cocaïne, ecstasy ...

La cocaïne a une action très rapide, intense et brève, provoquant un état d'excitation et d'euphorie, une augmentation de l'activité motrice et idéatoire, un sentiment d'omnipotence.

« C'est le flash de la cocaïne quoi, vous savez, ça rend speed, on est super bien, c'est le flash, l'extase »¹

A forte dose et en prises répétées, la consommation de la cocaïne provoque une anxiété majeure, un épuisement, une altération de l'état général, des risques de complications psychiatriques. Le phénomène de tolérance se met en place très rapidement. La dépendance physique existe mais ne persiste que quelques heures et le syndrome de sevrage provoque de l'anxiété, une hypersomnie et une dépression. La dépendance psychologique est beaucoup plus élevée.

La cocaïne est souvent associée à l'héroïne qui permet de diminuer l'effet de la « descente » provoquée par cette dernière.

L'ecstasy détient des propriétés stimulantes et hallucinogènes. Cette drogue agit comme un désinhibiteur et a des effets amphétaminiques. Elle augmente l'activité et l'euphorie, tout en diminuant le sommeil. Elle facilite un climat relationnel déjà existant.

¹ Parole d'un résident

- **Les hallucinogènes** : cannabis, LSD, ecstasy.

Le cannabis est le produit illicite le plus utilisé. Il provoque des sensations de bien-être, d'excitation intellectuelle avec dissociation des idées, une modification du temps vécu et de la perception de l'espace, un accroissement des potentialités sensorielles, l'apparition d'idées fixes le plus souvent suggérées par le monde extérieur. Il induit aussi une surexcitation des sentiments, des impulsions irrésistibles et des illusions ou hallucinations. Chez certains sujets, cela peut provoquer des nausées, de l'anxiété, un sentiment de dépersonnalisation ainsi que des crises convulsives chez les épileptiques. Un usage régulier et constant de cannabis provoque un sentiment amotivationnel avec perte des intérêts extérieurs, des troubles intellectuels et mnésiques, un confinement dans un néo-équilibre passif et sub-dépressif.

La dépendance provoquée par le cannabis est surtout psychologique, elle est liée à un usage à long terme. Elle s'appuie sur l'appétence à rechercher l'effet déréalisant ou apaisant qu'elle provoque et qui peut devenir un mode de rapport au monde.

La LSD est un puissant perturbateur des perceptions qui ne provoque ni tolérance ni dépendance.

Cette classification est cependant à relativiser. Les conséquences de la consommation de ces drogues sur le sujet ne dépendent pas que des qualités physiques et objectives de la substance. Les effets et les sensations procurées par la drogue vont aussi dépendre de données plus subjectives telles que les circonstances de prise de produit liées à l'environnement, la personnalité, le psychisme et le corps biologique et physiologique (corpulence, taille, mécanismes...) du sujet qui consomme : les individus peuvent réagir différemment à une même drogue.

3. A forte dose : sorte d'homéostasie

De nombreuses drogues ont finalement un effet bi phasique :

- Stimulante à faible dose
- Dépressante à forte dose

On peut remarquer qu'à très forte dose, toutes les drogues vont finir par induire les mêmes effets sédatifs : analgésie, anesthésie, disparition de la sensation de faim, somnolence.

On peut penser que le sujet toxicomane recherche une sorte d'homéostasie, une immuabilité, l'immobilité : l'expression « se fixer » lors de la consommation d'héroïne en est une image représentative.

On peut alors se demander ce que recherchent les toxicomanes dans leur consommation massive de substances psychoactives : est-ce un excès de sensation ou au contraire leur suppression ?

Cette recherche de sensation ou de suppression de celles-ci, dans les phénomènes d'addiction, peuvent être mise en lien avec un fonctionnement particulier du sujet qui est à aborder dans sa globalité. C'est pourquoi je pense qu'il est important d'évoquer quelles peuvent être les prémices d'une telle dépendance pour tenter de nous éclairer sur la question : pourquoi la toxicomanie ?

C. Psychologie et pathologie

1. Psychologie

Lors de mon stage, j'ai été frappée par l'omniprésence des problèmes familiaux de chaque résident. J'ai alors acquis la certitude que l'addiction prend ses racines dans l'enfance. Bien sûr, certains auront eu des enfances similaires sans devenir toxicomanes : les origines de l'addiction sont multifactorielles.

De nombreux auteurs parlent de relations précoces ambivalentes avec la mère (ou la figure maternelle). La mère alternerait entre une relation fusionnelle avec son bébé et un rejet total. Le père lui (ou la figure paternelle) serait absent de cette relation, soit physiquement soit psychologiquement. En grandissant, l'enfant n'aurait donc pas une représentation stable de ces figures parentales ; la figure paternelle représentant la loi serait absente. La toxicomanie serait donc une pathologie du lien, les liens que le sujet n'a pu tisser dans son enfance et qui lui ont fait défaut pour se construire et se développer de manière satisfaisante et sécurisante.

La période pendant laquelle l'enfant commence à se différencier de la mère va alors être très compliquée puisqu'il n'aura pas eu accès à un environnement suffisamment sécurisé.

En se séparant de sa mère, l'enfant va avoir peur de la perdre: l'environnement n'est pas suffisamment « bon » pour qu'il puisse y prendre appui afin de s'individuer et d'entreprendre ses propres expériences.

A l'adolescence, le processus de séparation-individuation se réactive. Le sujet va chercher à s'émanciper de la dépendance maternelle sans renoncer à la satisfaction de ses besoins primordiaux.¹ Dans la drogue, le sujet va trouver « l'objet de substitution » destiné à combler le manque, il va s'injecter physiquement ce qu'il n'a pu s'introjecter par la voie de la représentation psychique.² C'est pour cela que de très nombreux toxicomanes commencent à consommer à l'adolescence.

2. Il n'existe pas de structure spécifique de personnalité du toxicomane

M. ZAFIROPOULOS écrit « le toxicomane n'existe pas ».³ C'est-à-dire que l'on ne naît pas toxicomane et qu'il n'y a pas une structure de personnalité ni d'identité spécifique de la personne dépendante. La toxicomanie peut se surajouter à n'importe quelle structure de personnalité déjà existante. C'est pourquoi, avec la même intensité de souffrance, il existe une grande hétérogénéité dans les pathologies addictives : elles sont différentes selon la personnalité et la structure interne de base du sujet.

3. Psychiatrie

De nombreux sujets toxicomanes souffrent de maladies psychiatriques. Je pense qu'il est important de le mentionner car ces pathologies sont omniprésentes dans les comportements de toxicomanes ; mais je ne pourrai approfondir ce propos car il n'y a pas de psychiatre dans le centre où j'effectue mon stage ; je n'ai donc pas pris en compte ces pathologies.

¹ X. POMMERAU, *Quand l'adolescent va mal*

² X. POMMERAU, *Quand l'adolescent va mal*

³ M. ZAFIROPOULOS, *Le toxicomane n'existe pas*

Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies), 29% des usagers d'héroïne ou de cocaïne vus dans les centres spécialisés ont déjà été hospitalisés pour un problème psychiatrique. Une problématique d'addiction ne peut être abordée isolément ; il faut envisager le sujet dans son ensemble et dans son mode de fonctionnement psychique.¹

4. Pathologie du narcissisme

« Quand on arrive ici, on a tous l'estime de soi à zéro ».

Une addiction pathologique s'installe toujours sur un terrain caractéristique qui touche pour l'essentiel à une faiblesse narcissique (BERGERET, 1986). Tous les auteurs évoquent une **fragilité narcissique** du toxicomane.

Pour A. CHARLES-NICOLAS (1985), l'addiction est une protection contre autrui et vient colmater une blessure narcissique.

Une personne ne peut se sentir complète et entière, sans un support, un étayage contre lequel prendre appui, pour pouvoir continuer à vivre ou survivre. L'individu sinon est en état de faiblesse, de désespoir, de dévalorisation, d'isolement, dans un repli anxieux et un manque de confiance en soi, état caractéristique des sujets toxicomanes.

Les addictions peuvent être considérées comme des pathologies du narcissisme. Il n'y a pas de structures de personnalité spécifique de toxicomanie, cependant on peut affirmer que toutes s'installent sur une fragilité narcissique de base...

L'addiction, la prise de produit, répond à la faible estime de soi. Cela peut être une réponse à une situation d'échec : c'est alors une gratification régulière et représentable.²

« Avec l'héroïne ou la cocaïne on se sent bien et surtout le plus intelligent du monde »³

¹ Mémoire de Lucile VERLHAC, voir bibliographie

² J-C. PEDINIELLI, J-C. et G. ROUAN, P. BERTAGNE, *Psychopathologie des addictions*

³ Parole d'un résident

Mais paradoxalement, le comportement addictif augmente l'état initial de fragilité narcissique. L'addiction pathologique est un aménagement de survie du sujet souffrant de fragilité narcissique.

Lors de la consommation d'un produit psychoactif, l'effet de la drogue va souvent dans le sens d'une augmentation de la confiance en soi et d'une diminution de l'inhibition. Le sujet peut avoir, pendant ce temps-là, une sensation de toute-puissance. Mais bien sûr, ces sensations sont très éphémères. Lorsque les effets du produit se dissipent, notamment lors de la « descente », la honte et la culpabilité éprouvées vont encore davantage entamer l'estime de soi. L'individu va consommer à nouveau pour pallier cette diminution de confiance en soi : le cercle vicieux a commencé.

Pour réguler cette tension générée par ces différents mécanismes (faible estime de soi, pathologies psychiatriques, problèmes familiaux...), les sujets toxicomanes peuvent avoir recours à des défenses d'ordre somatique : c'est l'économie psychique. Les procédés auto calmants, qui ont un effet de régulation, peuvent en faire partie, ainsi que la recherche de sensations qui poussée à l'extrême peut devenir pathologique. Les sujets toxicomanes ont un rapport à leur corps particulier ; c'est que nous allons voir.

II. PLACE DU CORPS DANS LA PROBLEMATIQUE ADDICTIVE

« La toxicomanie est toujours un vécu en action, une suite de passage à l'acte »
(OLIEVENSTEIN).

La toxicomanie peut être considérée comme une conduite impliquant le corps comme mode et lieu de régulation des affects en excès. Pour argumenter cette théorie, je vais m'appuyer sur les procédés autocalmants, la recherche de sensations dans les conduites addictives, les marques corporelles observées chez de nombreux sujets toxicomanes et leur inscription dans une temporalité particulière, qui est ancrée dans le corps.

A. Procédés autocalmants

On peut rapprocher l'addiction des maladies psychosomatiques car ces deux problématiques ont un lien avec le rapport corps-psyché.¹ C'est ce rapport qui justifie alors la prise en charge psychomotrice dans le soin des sujets toxicomanes.

Le concept de procédés autocalmants est issu des théorisations de la clinique psychosomatique. Ces procédés apparaissent chez certains sujets comme mécanismes visant à faire diminuer une tension interne à travers la recherche d'excitation et de son exutoire. Le sujet va donc être dans un surinvestissement de la sensori-motricité.

La recherche de l'apaisement par le recours à l'excitation peut sembler dans un premier temps paradoxal mais c'est une pratique fréquente. Nombreux sont ceux qui se livrent à différentes conduites machinales ou stéréotypées impliquant le corps pour procurer des dérivatifs à la pensée.²

¹ PIRLOT, G., « Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatique métaphysologique »

² G. SZWEC, « les procédés autocalmants en psychosomatique et psychiatrie de l'enfant »

Les procédés autocalmants sont donc observables chez tous les êtres humains : ils appartiennent à la « psychopathologie de la vie quotidienne ». Mais ils n'empêchent pas le travail de penser alors que dans la pathologie ils s'y substituent.¹ Dans la vie quotidienne, l'apaisement peut être recherché dans une excitation se traduisant par la répétition incessante d'un comportement moteur par exemple. Cela devient pathologique lorsque ces procédés sont le seul mode de réponse possible pour soulager la tension interne.

Chez le sujet toxicomane, c'est la prise de produit qui va agir en tant que procédé autocalmant.

Les procédés autocalmants procurent la détente le temps de leur durée ; elle disparaît avec eux. Ces procédés ne sont pas représentables pour le sujet ; il semble au contraire qu'ils empêchent le travail de penser, ils font le vide dans l'appareil psychique. C'est pourquoi ils ne vont pas amener de satisfaction. La personne toxicomane va alors être obligée de répéter ces procédés de façon incoercible (que l'on ne peut ni contenir ni arrêter) et compulsive, dans une surenchère de moyens, allant jusqu'à se mettre en danger (overdose, problèmes avec la justice...). Le retour à l'équilibre par cette seule répétition d'excitation est donc impossible.

Pour G. SWZEC, cette notion de procédé autocalmant s'inscrit dans une conception d'ensemble selon laquelle le fonctionnement psychique est toujours enraciné dans le corps, et que tout ce qui passe par le corps ne se transforme pas en contenu psychique.

La toxicomanie peut être considérée comme une tentation par le sujet d'auto-guérison face à la menace d'un stress psychique.

Les addictions sont des « *mécanismes de défense massive contre la douleur psychique, visant à obscurcir, écarter les expériences psychiques irrépressibles, insupportables (en raison de la force des affects, de leur caractère conflictuel inélaborable, de la faible tolérance des sujets à leurs affects)* ». ²

« Je prenais de l'héroïne parce que je supportais plus mon caractère impulsif, quand je pétais un câble pour rien, là ça me posait » ³

¹ C. SMADJA, C. « Les autocalmants ou le destin inachevé du sadomasochisme »

² J-P. DESCOMBEY, J-P *L'économie addictive*, page 73

³ Parole de résidents

Les substances psychoactives sont consommées dans l'espoir que « ça aille mieux », pour aider à supporter les difficultés vécues ou ressenties. La qualité analgésique du produit peut être une réponse pour échapper au sentiment de malaise du sujet.

La consommation de substances psychoactives est une aussi une quête de plaisir, notamment dans la recherche de sensations.

B. Recherche de sensations

« Il s'agit d'un trait de personnalité défini par la recherche de sensations et d'expériences variées, nouvelles, complexes et intenses et la volonté de prendre des risques physiques, sociaux, légaux et financiers pour vivre de telles sensations et expériences. »

(M. ZUCKERMAN) ¹

1. Recherche de sensations dans les premières consommations : phase initiale

Il existe deux aspects différents dans la **recherche de sensations** : la recherche de plaisir et d'adrénaline et celle d'osmose pour « planer ». Dans les deux cas c'est l'effet sensoriel qui est recherché.

Les substances psychoactives provoquent une bouffée, une décharge intense de sensations corporelles et psychiques. Il existe une sensibilité plus importante aux drogues chez les amateurs de sensations. Tout individu peut tester pour la première fois un produit pour rechercher des sensations et des expériences nouvelles par curiosité, par attrait pour les stimulations fortes, dans un but de désinhibition, de changement, de nouveauté, ou par intolérance à l'ennui... Il est important de noter que ces amateurs de sensations fortes ne minimisent pas la prise de risque de leur comportement ; au contraire ils y sont sensibles et sont avides de stimulations.²

¹ CARTON, S. « La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? »

² CARTON, S. « La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? »

D'ailleurs ils anticipent davantage les bénéfiques et sont souvent impulsifs, intolérants à la frustration ; ils ont des difficultés à retarder ou inhiber leurs actions face à l'attrait de la récompense. C'est la **phase initiale** des recherches de sensations.¹

Cette recherche, « banale » dans un premier temps, peut entraîner un phénomène d'escalade : l'individu commence à consommer des drogues dites « douces » telles que l'alcool ou le cannabis (qui sont des produits dont l'utilisation est devenue plus fréquente et banalisée dans la population actuelle, surtout chez les adolescents). Cette première phase de consommation est caractérisée par des sensations agréables du corps que provoquent les substances. Puis ces sensations vont s'estomper au bout de quelque temps en raison du phénomène de tolérance. Le sujet va alors passer à des consommations de drogues dites « dures » comme la cocaïne, l'héroïne...

2. Quand cette recherche de sensations devient pathologique : phase de dépendance

Après un certain temps, cette recherche constante de plaisir via les sensations corporelles va se transformer. En effet, la dépendance qui va s'installer va devenir telle que la prise de drogue n'advient que pour éviter le manque et diminuer la tension liée à l'arrêt de la consommation : le désir se transforme en besoin. La **phase de dépendance** s'installe, accompagnée d'anxiété, d'angoisse, de souffrance physique et psychique allant jusqu'au syndrome de sevrage lors de l'arrêt de la prise de drogue² : c'est le corps réel, intoxiqué qui se fait sentir.

En outre, ce corps intoxiqué portera désormais les stigmates de sa servitude aux substances psychoactives.

¹ CARTON, S. « La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? »

² Cf I. A. 1. c. La dépendance « pathologique »

C. Marquage du corps : un corps désinvesti ou surinvesti ?

Les transformations corporelles fonctionnent comme des signes d'identité qui prennent l'allure « d'attestation de soi » : elles marquent les relations entre soi et le monde, le dedans et le dehors, le corps et le monde etc. ¹

« *Ca veut dire qu'on emmerde la justice* », me répond un résident à qui je demandais la signification d'un tatouage remarqué sur d'autres résidents.

La marque corporelle est utilisée pour s'individualiser, se différencier, se centrer sur son corps et donc sur soi ; c'est une manière de se singulariser. Cela peut être interprété comme une cuirasse symbolique, un mécanisme de défense permettant de se séparer des autres.² Dans notre société jusqu'à une période récente, la signification des marques corporelles est complètement différente de celle des sociétés traditionnelles où elles représentent l'affiliation à part entière de la personne à une communauté. Au contraire, dans notre société, elles signent la singularité du sujet en affichant un corps propre différent de celui des autres, symbole pour le sujet de liberté. Cependant, à l'heure actuelle, les piercings et les tatouages sont aussi devenus « à la mode », permettant de s'inscrire dans notre société contemporaine.

Dans l'institution où j'effectue mon stage, ¹ je remarque vite les nombreuses marques corporelles que s'infligent les sujets toxicomanes : tatouages, piercing... Ces derniers servent à inscrire leur appartenance à un groupe social, spécifiquement en marge de la société tout en pointant leur différence.

En parallèle, il y a une dégradation physique très importante liée à la consommation de substances: dents noires, traits tirés, amaigrissement, nombreuses maladies somatiques graves (SIDA, hépatites...)... Dans les conduites addictives, il y a une mise en scène du corps et de ses limites alors que les soins corporels sont désinvestis.

A l'abandon des soins corporels, s'ajoute la perturbation progressive des besoins physiologiques : la notion du temps s'en trouve modifiée.

¹ D. LE BRETON, « La peau entre signature et biffure : du tatouage et du piercing aux scarifications »

² D. LE BRETON, « La peau entre signature et biffure : du tatouage et du piercing aux scarifications »

D. Temporalité

1. La temporalité structure l'individu

Michel SIFFRE a conduit une expérience qui a montré que, même coupé du monde, dans un endroit où on ne voit pas la lumière du jour et où on perd vite la notion de temps, le rythme veille/sommeil est respecté et ces cycles sont très réguliers, prouvant ainsi l'ancrage du temps dans le corps. L'intégration du temps est un facteur qui conditionne la santé mentale et l'équilibre de l'individu et constitue de ce fait une dimension fondamentale et structurante. L'inscription dans le temps est une composante organisatrice de l'individu et de son rapport au monde à travers ces perceptions temporelles.

2. Temporalité particulière des sujets dépendants

Lors de mon stage, je me suis vite questionnée sur la temporalité vécue par les sujets toxicomanes. En effet, dans un endroit aussi confiné que la communauté thérapeutique, les difficultés à s'inscrire dans une temporalité sociale sont exacerbées et rapidement mises en avant.

a. Leur ancrage dans le temps

« Le bonheur que produit l'opium est si intense qu'il ne me laisse pas percevoir la marche du temps » (DE QUINCEY)¹

Chez les toxicomanes la temporalité est complètement perturbée en raison de l'absence de perception des besoins physiologiques de base que provoque la consommation de drogues (diminution du sommeil, absence de la perception de la faim...). Le sujet ne va alors plus vivre suivant le rythme veille/sommeil, faim/satiété... Mais suivant le cycle : prise de drogue/manque.

La répétition permanente de ce rythme prise de drogue/manque permet une répétition constante de ce cycle, sans imprévus qui sont vécus de manière trop angoissante.

¹ FONTAINE B., F. HERVE et A. MOREL, *Soigner les toxicomanes*

Dans les procédés autocalmants chez les sujets toxicomanes, il apparaît que le calme est souvent lié à **la mise en place d'un rythme de base**, comme si le sujet essayait de retrouver le rythme vécu par le bébé, quelque chose qui puisse l'envelopper, le sécuriser. Il s'agit presque toujours d'un rythme binaire, simple : le rythme « manque/défonce ». Cela va maintenir une temporalité réduite, un accordage minimal au monde extérieur.

La drogue modifie profondément l'inscription dans la temporalité, c'est le **temps des psychotropes**.¹ Ce dernier ne dure que l'instant de l'effet puis quand s'installe la toxicomanie, il infiltre tout le corps du sujet, empêchant alors celui-ci de se repérer dans un temps commun partagé par d'autres. Le temps du chronomètre n'est plus qu'une temporalité parmi d'autres, il ne constitue plus une référence stable et organisatrice pour le sujet lui permettant de se repérer dans le temps social. Tout ceci perturbe le rapport au monde et aux autres du sujet toxicomane.

Il y a distorsion du temps : une coexistence d'évènements, de sensations, de perceptions qui, à défaut de pouvoir s'ordonner, ne prennent pas sens. Il manque un axe et des repères qui structurent ces évènements. Enfin dans cette temporalité singulière, le rapport au monde, et donc aux autres, connaît une perturbation qui affecte les actes et les attitudes.

Cette temporalité binaire peut aussi être considérée comme une **temporalité circulaire**. Le sujet toxicomane est pris dans un cycle, une répétition sans fin : il existe un éternel retour de l'individu au produit. La personne dépendante s'enferme alors dans le cercle vicieux de la consommation. Cette temporalité est complètement antinomique avec un temps linéaire marqué par un passé, un présent dans lequel on peut s'inscrire, un avenir avec des projets et qui est marqué par la notion de mortalité. La relation mortifère du sujet toxicomane au produit l'inscrit aussi dans cette temporalité égocentrique et autocentrée qui l'empêche désormais d'adhérer à la temporalité sociale. Je le remarque très vite dans le centre où j'effectue mon stage.

Prenons un exemple : pour nombre de résidents, le temps des repas par exemple est souvent très court car compliqué à gérer (l'immobilité par exemple) ; à peine leur dernière bouchée avalée, ils vont fumer leur cigarette.

¹ FONTAINE B., F. HERVE et A. MOREL, *Soigner les toxicomanes*

Mais je constate une évolution chez les résidents qui sont dans l'institution depuis un certain temps : ils prennent plus de plaisir aux temps des repas qui deviennent, comme souvent dans notre société, des moments agréables et l'occasion de parler et d'échanger.

S'il existe une problématique commune dans ce domaine pour les toxicomanes, la notion du temps varie également selon chacun.

Louis s'ennuie beaucoup et exprime le fait qu'il n'y a rien à faire et qu'il est trop livré à lui-même, d'autres sont d'accord avec lui. Paul quant à lui me dit qu'il n'a le temps de rien, qu'il ne trouve même pas une minute pour laver son linge : de nombreux résidents sont du même avis.

b. La notion d'Immédiateté

La temporalité du toxicomane est marquée par l'instant, le « tout, tout de suite ». C'est un fonctionnement que l'on retrouve dans la consommation de drogues : le produit procure une satisfaction immédiate.

Le sujet dépendant a un rapport à la temporalité singulier et particulier. Il ne peut pas différer ses actions car il ne peut pas symboliser l'attente. Le sujet toxicomane est alors considéré comme intolérant à la frustration.

Cela est particulièrement visible dans la prise en charge des patients dans l'institution. Je remarque vite que les résidents ont toujours des demandes pressantes auprès des professionnels. Le travail de ces derniers va être de replacer les sujets dans un temps social (avec des heures de réveil, de repas...), pour qu'ils se réinscrivent dans une temporalité socialisante et puissent sortir de leur égocentrisme. Progressivement, cela leur permet également de se réajuster à la perception de leurs besoins physiologiques.

Toutes les interventions de l'équipe professionnelle s'inscrivent dans la démarche de la communauté thérapeutique que je vais vous présenter.

III. LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE

La communauté thérapeutique est une institution particulière et récente créée pour l'accueil des personnes toxicomanes. C'est pourquoi il est important de revenir sur son histoire et le courant qui l'a influencée. Je définirai ensuite la place de la psychomotricité dans la dynamique de soins proposés.

A. Historique et controverses

L'implantation de telles structures est assez récente en France et a été la cible de nombreuses critiques et controverses. C'est pourquoi je dois faire un bref retour historique sur leur création et leur développement à travers le monde.

1. Naissance des communautés thérapeutiques ¹

SYNANON fut la première communauté thérapeutique pour des personnes toxicomanes créée en 1958 par Dederich en Californie. Elle fut fondée à partir du modèle des « Alcooliques Anonymes » qui travaillait sur l'émotionnel et la confrontation verbale des membres du groupe entre eux. Dederich voulait une communauté en rupture avec la société, la psychiatrie et la médicalisation. C'est pourquoi cette première communauté thérapeutique n'était pas dirigée par des professionnels mais par des anciens toxicomanes et basée sur le principe du patriarcat. La mise en pratique de cette conception a parfois conduit à des dérives sectaires qui ont freiné l'implantation des communautés thérapeutiques en France, comme je l'expliquerai plus tard. D'autres communautés thérapeutiques basées sur les mêmes principes que SYNANON se développeront aux Etats-Unis.

¹ F. FARGES, *Approche communautaire des toxicomanes*

2. Arrivée en Europe ¹

La propagation des communautés thérapeutiques se fit en Europe par d'anciens toxicomanes, tout d'abord vers l'Allemagne puis en Italie et plus tard en Espagne.

Avec l'apparition des « nouveaux toxicomanes » (poly toxicomanes notamment : la dépendance est telle que le sujet finit par associer différentes drogues: héroïne, cocaïne, cannabis, alcool...) dans les années 70, les thérapeutes durent innover et chercher des solutions alternatives à la prise en charge. Pour cela ils visitèrent des communautés thérapeutiques aux Etats-Unis. Mais marqués par des idées antiautoritaires et les courants communautaires des années 68, ils jugèrent préférable d'implanter des communautés thérapeutiques plus « démocratiques ». Le personnel était exclusivement professionnel contrairement aux premières communautés thérapeutiques américaines. Cependant après quelques mois de dysfonctionnement ils abandonnèrent leur modèle démocratique pour adopter un modèle hiérarchique jugé plus efficace auprès d'une population toxicomane. Finalement, après des échanges avec les Etats-Unis et le Canada, les communautés thérapeutiques finirent par avoir recours également aux plus anciens résidents ayant fonction de modèles pour les autres. Un ancien résident pouvait devenir membre du STAFF et le personnel encadrant devint semi-professionnel. A partir des années 80, des communautés thérapeutiques furent fondées dans tous les pays et devinrent le principal outil de prise en charge des toxicomanes. Cependant en France de nombreux professionnels, pour des raisons éthiques, s'opposèrent à ce type d'institution.

3. Difficultés d'implantation des communautés thérapeutiques en France²

Au début des années 1980, les projets de communautés thérapeutiques ont avorté en France pour deux raisons majeures. Tout d'abord, la première expérience française représentée par l'institut « le Patriarche » fut désastreuse. Gérée par d'anciens toxicomanes, les méthodes employées ont scandalisé et scandalisent encore (violences, abus sexuels...).

¹ M. CASTAGNE « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? »

² M. CASTAGNE « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? »

Puis Simone Veil tranche : « l'adoption de méthodes fondées sur une hiérarchie stricte de sanctions et de promotions, le caractère humiliant de certaines pratiques, l'accent essentiellement porté sur l'acquisition mécanique de comportements formels jugés conformes au modèle social, le refus d'une prise en charge globale de toxicomane sont autant d'éléments dont la convergence ne me semble pas admissible ».

Il fallut attendre 1994 pour que s'ouvre une communauté thérapeutique financée par le ministère de la santé. Puis d'autres institutions se sont progressivement ouvertes, pour être au nombre de six aujourd'hui.

A l'heure actuelle, la plupart des communautés thérapeutiques sont fédérées en réseaux par la Fédération Mondiale des Communautés Thérapeutiques et par la fédération Européenne des Communautés Thérapeutiques. Ces fédérations organisent des conférences pour confronter idées et expériences.

B. Approche socio-comportementaliste ¹

Le modèle des communautés thérapeutiques repose sur la dé-psychiatisation et la dé-médicalisation. La conception sous-jacente des communautés est à visée éducative et cherche à modifier les comportements jugés déviants. Le toxicomane est considéré comme un être émotionnellement immature qui a commencé à se droguer pour fuir la réalité et les contraintes extérieures. La logique de la prise en charge est de considérer que la toxicomanie ne relève pas d'une pathologie psychiatrique mais d'une conduite socialement déviante. Ce serait le symptôme d'un trouble de la socialisation.

La communauté thérapeutique a pour objectif de resocialiser et d'éliminer le style de vie antérieur en :

- Devenant abstinent
- Eliminant les conduites antisociales
- Développant les aptitudes personnelles
- Acquéranant des comportements positifs responsables

¹ F. FARGES, *Approche communautaire des toxicomanes*

Tous ces changements doivent être favorisés par les pairs et l'appartenance au groupe que forme la communauté thérapeutique. Le résident est sollicité individuellement et au sein du groupe pour réfléchir à ses comportements et ses consommations et pour analyser ses motivations pour sortir de la toxicomanie. Dans ces institutions, c'est le groupe qui est « thérapeutique »

C. La communauté thérapeutique où j'effectue mon stage

1. Description générale

La communauté thérapeutique où j'effectue mon stage s'inscrit dans cette lignée et a été créée il y a 4 ans. Elle est donc toujours considérée comme un **centre expérimental** de soins en addictologie. La spécificité de la communauté thérapeutique par rapport aux autres centres d'addictologie est le travail en communauté avec un nombre de lits plus importants, des règles strictes, moins de personnel...

Une éducatrice spécialisée m'explique que la communauté thérapeutique est un peu la structure « de la dernière chance » et qu'elle a été créée pour cela. Les personnes qui arrivent dans cette structure ont déjà un lourd passé institutionnel. La drogue a pris toute la place dans leur vie et les nombreuses prises en charge ultérieures se sont soldées par des échecs. Du reste j'ai pu être témoin de nombreuses rechutes chez beaucoup de résidents au cours de leur séjour et de l'annonce fréquente de décès d'anciens résidents...

2. Population accueillie

Il n'y a pas de conditions restrictives concernant le sexe et l'âge des personnes accueillies. Cependant, la population se situe en majorité entre 30 et 40 ans et il y a une sous-représentation féminine : deux femmes pour 32 hommes. L'institution accueille des sujets dépendants à un ou plusieurs produits, pour un séjour long (un ou deux ans). L'accueil est basé sur le volontariat. Les résidents, après un entretien d'admission et une évaluation des besoins, signent un contrat avec l'établissement en lien avec les exigences de la communauté thérapeutique.

Compte tenu de son fonctionnement, la CT n'est pas en mesure de dispenser des soins psychiatriques. Elle ne peut accueillir que des patients avec un problème de toxicomanie sans pathologies psychiatriques associées. Cependant, en pratique, nous sommes obligés de prendre en compte les maladies psychiatriques qui sont tout de même présentes chez certains résidents.¹

3. Fonctionnement

L'implication active et responsable des usagers est au cœur de la prise en charge : il faut une alliance entre les partenaires. De nombreuses règles et objectifs sont à prendre en compte. Les résidents passent par différents paliers (appelés phases) en fonction de leur évolution, de l'avancée dans leur projet de vie, de la prise de responsabilités... Pour cela ils sont accompagnés par une équipe essentiellement éducative. L'objectif est d'arriver à une stabilisation psychologique et une réinsertion sociale.

L'axe central de la prise en charge est donc socio-éducatif. Il s'appuie sur les compétences du groupe en y intégrant malgré tout des prestations médicales et psychiatriques. L'objectif est de réinscrire la personne dans une dynamique sociale : pendant et après le séjour dans l'institution.

Comme je l'ai expliqué précédemment², le sujet toxicomane s'inscrit dans une temporalité particulière, il est souvent intolérant à la frustration... La consommation de drogues lui apporte les satisfactions immédiates qu'il recherche et qui sont aptes à calmer ses frustrations. En outre, de nombreux sujets toxicomanes qui arrivent dans cette structure vivaient auparavant en marge de la société, donc sans contraintes sociétales.

L'objectif de toutes ces règles à respecter au sein de la structure est qu'ils parviennent, lorsqu'ils quittent le centre, à se confronter à la réalité extérieure avec tout ce qu'elle comporte de contraintes, sans avoir recours aux substances.

¹ Cf I. C. 3. Psychiatrie

² Cf II. D. 2. Temporalité particulière des sujets dépendants

4. Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de la structure vise à ce que les résidents se confrontent à leurs problèmes et tentent de les dépasser en faisant appel à leurs ressources personnelles, internes ou externes, plutôt que de les « évacuer » dans la consommation de substances psychoactives. Pour cela, la parole a une place très importante et de très nombreuses réunions et groupes de parole sont mis en place.

Après un certain temps passé dans l'institution, les résidents ont la possibilité de travailler sur des chantiers thérapeutiques. C'est un travail rémunéré mais encadré qui permet une reprise de contact avec le monde du travail et ses exigences.

Trois dimensions sont prises en compte dans la prise en charge du sujet toxicomane : le sujet lui-même, la famille et son environnement.

5. L'équipe pluridisciplinaire

Lorsqu'une personne arrive dans la communauté thérapeutique, elle est souvent en rupture totale avec la société, sa famille, les soins médicaux, le milieu professionnel... Les professionnels de l'institution vont l'aider à se réinscrire dans ces différents registres de la vie.

Il existe de moins en moins de psychiatres dans les centres de soin en addictologie. Dans la communauté thérapeutique, il a été remplacé par un **médecin en addictologie** qui suit davantage l'évolution des soins, les traitements médicamenteux (notamment les traitements de substitution) et soutient l'éducation thérapeutique, qu'il ne prend en compte le fonctionnement psychique du patient.

Des **infirmiers** sont présents pour distribuer les traitements et faire le lien avec les autres structures de soins spécialisées.

Le **psychologue** propose des psychothérapies individuelles, comportementales et cognitives et anime un groupe de parole hebdomadaire. Il s'occupe des prises en charge familiales : il aide les résidents à reprendre contact avec leur famille puis organise des visites médiatisées.

L'assistance sociale du centre travaille avec le patient lors de son arrivée sur la mise à jour de ses droits sociaux de base. Elle fait un bilan de sa situation, de ses ressources financières et de son statut social afin de les régulariser si nécessaire. Elle va mettre en place un suivi social spécifique aux besoins de chaque résident (protection sociale, régularisation, insertion professionnelle). Enfin elle va aider le résident à devenir socialement autonome et préparer sa sortie du centre en initiant les démarches d'accès au logement, ou de réorientation vers des structures spécifiques (travail en lien avec le médecin)...

L'équipe éducative est constituée d'éducateurs spécialisés, et d'animateurs socio-culturels, d'une aide médico-psychologique et de deux éducateurs sportifs (la pratique du sport est très importante dans la prise en charge du patient toxicomane). Dans l'institution, les éducateurs spécialisés et les animateurs ont le même rôle et ils ont une place particulièrement importante.

Tout au long de la prise en charge, chaque résident a un référent spécifique parmi ces professionnels qui peuvent également animer des groupes de paroles, des ateliers et des sorties.

6. Parcours institutionnel

a. Prise de conscience

Les douleurs (quelle qu'elles soient) incitent à demander de l'aide.¹

Comme je l'ai dit, lorsque les personnes arrivent dans la communauté thérapeutique, elles ont déjà un lourd passé institutionnel et elles ont déjà fait un long travail sur elles-mêmes de verbalisation et de « remise en question ». De ce fait je n'ai pas eu accès aux prémices de leur prise de conscience dans le début des soins.

¹ X. POMMERAU, *Quand l'adolescent va mal*

b. Traitement de substitution

La mise en place d'un traitement de substitution puis son observance sont très importantes dans le parcours de la prise en charge d'un toxicomane.

Ce traitement peut être controversé en argumentant du fait que c'est un glissement d'une dépendance d'un produit illégal à un produit légal. Cependant il amène dans un premier temps un sujet toxicomane à être en relation avec les médecins et les intervenants ; c'est une façon de créer un lien. Ce traitement le sort de l'isolement de la pratique addictive. J'observe rapidement que ce traitement tient une grande place dans la vie du sujet. Il peut, par ce biais, avoir une certaine maîtrise sur sa prise en charge. Par ailleurs, en diminuant l'envie de consommer, le traitement de substitution lui permet d'être plus disponible pour recevoir d'autres soins (psychologiques, psychomoteurs...).

c. Difficultés de l'accompagnement dans le soin des personnes toxicomanes et rechutes

Comme je l'ai dit auparavant, l'entrée dans la communauté thérapeutique est basée sur le volontariat. Cependant je suis vite témoin de nombreuses rechutes et exclusions de la structure dues aux trafics de drogues au sein de l'institution. Les toxicomanes sont sincères lorsqu'ils disent qu'ils veulent arrêter, jusqu'à ce que le manque devienne insoutenable. Le raisonnement et l'affectif se mettent alors au service du besoin : tout est bon pour consommer.¹

Les exemples de rechutes à l'intérieur de l'institution ou lors des sorties (les premières depuis leur arrivée à l'institution), les bouteilles d'alcool cachées dans les faux plafonds, les overdoses par les traitements de substitutions... sont innombrables.

De nombreux résidents qui consomment lors de leurs sorties week-end ou à l'intérieur de la communauté thérapeutique, vont ensuite le dire aux professionnels, afin qu'ils les aident. Cet exemple montre bien que ces individus sont en difficulté, que la consommation n'est pas contrôlée.

¹ X. POMMERAU, *Quand l'adolescent va mal*

On ne se sort pas d'une addiction, on la **contrôle**. L'empreinte est toujours là. On ne guérit pas d'une addiction qui a duré plusieurs mois ou plusieurs années : on peut juste la contrôler par une abstinence rigoureuse.¹ Sur le plan psychologique, entrent en jeu certains éléments de la structure de la personnalité dans le maintien de l'abstinence. Il existe un profond marquage, une fragilité permanente et définitive.

*« Comme une plaie dans l'âme qui ne cicatrisera jamais vraiment, marqué à vie, l'addicté en rémission restera à jamais un individu fragile et en sursis ».*²

Pour contrôler cette addiction, différents moyens et étayages sont mis en place au sein de la communauté thérapeutique ; la psychomotricité en fait partie.

D. La psychomotricité au sein de la communauté thérapeutique

*« Le psychomotricien est, à mon sens, le professionnel de la santé le plus à même de travailler au niveau du « corps propre » du malade, en restituant cette approche dans la dimension psychologique, et par rapport au fonctionnement de la pensée. »*³

Au sein de l'institution, la psychomotricienne tient une place bien établie et son travail est respecté. Elle a mis en place des séances de relaxation ainsi que quelques suivis individuels.

En psychomotricité, la **relaxation** peut favoriser la détente et l'apaisement mais, comme nous le verrons, ce n'est pas l'objectif premier et principal. Elle s'inscrit aussi dans une démarche de soins et une dynamique de changement plus profond.

Il appartient donc à la psychomotricienne de faire comprendre aux résidents et aux autres professionnels que la relaxation n'a pas pour seule vocation une modification du comportement observable, mais une modification de l'état global du patient.⁴

¹ E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

² E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*

³ CALZA et CONTANT, *Psychomotricité*, p. 213

⁴ Mémoire de Lucile, VERLHAC, p.40

C'est pourquoi, pour sortir de cette confusion, je pense qu'il serait peut-être plus pertinent de nommer, dans l'institution, cet atelier « **travail corporel** » plutôt que relaxation. En effet chez les patients comme chez les soignants, la représentation communément admise, parce que prise dans l'imaginaire collectif, est que la relaxation induit forcément et uniquement de la détente.

Cyril est extrêmement actif, toujours en mouvement dans l'institution. Il vient en relaxation pour la première fois et à la fin de la séance il me dit « ça ne m'a pas du tout détendu, je me doutais que ça allait pas être magique mais bon j'espérais ». Puis il revient presque à chaque séance en me tenant à peu près le même discours : « ça ne me détend pas, je ne ressens pas de différence, mais vous avez vu je persévère ». C'est un peu comme si ce patient attendait un effet « miracle » de la relaxation qui serait qu'elle le détende « comme par magie ».

La psychomotricité sollicite l'implication physique, l'engagement corporel. Ce type de médiation semble particulièrement indiqué pour des patients présentant des troubles des conduites. Ils sont plus enclins à agir qu'à élaborer, et cherchent dans et par leur corps la solution aux conflits internes ou externes auxquels ils sont exposés, qui sont source de tensions et de souffrances.

Aussi une médiation comme la relaxation qui s'adresse directement à leur corps par le biais des inductions, peut sembler accessible car plus proche de leur manière d'être.

Il s'agit de les amener à se sentir plus « incarné », à se réapproprier leur corps, à en faire l'objet de leur attention, à réapprendre à l'investir et peut être à l'aimer.

L'état de relaxation n'est pas un état aperceptif ni totalement passif. Les sujets toxicomanes peuvent donc se saisir plus facilement de cette médiation.

Lors des séances de relaxation et des groupes de parole animés par le psychologue, certaines réflexions de résidents m'ont interpellée : « je parle à un psychologue depuis que je suis petit et ça sert à rien ».

« On fait que parler tout le temps on a toujours des réunions, j'en ai marre d'en parler », « je passe mon temps à parler aux éducateurs, au psychologue... Mon discours devient une leçon apprise par cœur, je finis par parler de ce que j'ai subi dans mon enfance avec la porte ouverte et du passage dans les couloirs, on banalise les choses ».

Ces commentaires illustrent que les seules thérapies verbales ne sont plus suffisantes : la plupart des résidents de par leur passé institutionnel ont beaucoup et souvent parlé de leurs parcours et difficultés, aux psychologues en particulier. Leur discours est bien rodé. Bien sûr la verbalisation est très importante dans le processus de soins, mais il est certain que ces personnes ont besoin d'autre chose : si elles ont rencontré nombre de psychologues, elles ont rarement croisé un psychomotricien. Le travail corporel va les ramener dans l'ici et le maintenant, va favoriser un ancrage dans le présent. Il va leur permettre d'éprouver des sensations corporelles réelles dont ils vont pouvoir parler s'ils le souhaitent. Les séances de travail corporel vont aussi ramener de la spontanéité et de l'authenticité dans leur discours.

Au sein de la communauté thérapeutique, la psychomotricité occupe une place particulière. En effet, la psychomotricienne n'est présente qu'une journée et demie sur la structure, elle ne vient que pour les prises en charge et les réunions. Elle n'a donc pas le même statut que les autres professionnels qui sont davantage pris dans le quotidien des résidents et du fonctionnement du centre.

C'est comme s'il existait dans la vie institutionnelle une temporalité en toile de fond : celle de la prise en charge des éducateurs et des animateurs, sur laquelle se superposent des activités plus ponctuelles mais régulières, comme la psychomotricité qui s'intéresse non plus aux problèmes du quotidien mais à la personne elle-même.

IV. PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE

« La psychothérapie permet au malade de prendre en charge activement une partie du traitement et là d'avoir une action consciente et positive sur lui-même. »¹

A. La relaxation

Dans l'institution, la psychomotricienne anime des séances de relaxation. Le but de cet atelier est moins la détente qu'une prise de conscience corporelle.

J'ai décidé de suivre ses objectifs et d'animer les séances en m'inspirant de sa façon de faire. J'anime donc les séances de relaxation seule, en présence de la psychomotricienne qui a alors une place d'observatrice.

J'ai fait ce choix pour deux raisons. D'une part au regard de l'institution et de son mode de fonctionnement. En effet les résidents sont toujours dans le faire et l'agir : la prise de responsabilités, les tâches à effectuer, les étapes à franchir, les innombrables groupes de paroles ainsi que de nombreux ateliers thérapeutiques qui sont proposés et imposés au sein de la communauté thérapeutique... Présenter un autre atelier n'aurait pas été pertinent pour les résidents déjà très sollicités. D'autre part parce que cette médiation me paraît intéressante, il est important que ces sujets puissent ressentir leur corps dans l'immobilité. De plus, d'un point de vue pratique, la psychomotricienne n'est présente sur la structure que ponctuellement, il était très compliqué, dans la gestion du temps, de créer un autre atelier. Le point le plus important est que, après discussions et un travail de réflexion mené avec la psychomotricienne du centre, j'ai acquis la certitude que la relaxation est une médiation corporelle très riche et pertinente pour la population accueillie.

¹ J. DROPSY, *Vivre dans son corps*, p. 18

C'est pourquoi je vais tenter d'en définir les objectifs, d'expliquer les modalités de mon intervention et d'en analyser les limites.

1. Cadre de l'atelier

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre ». ¹

Le cadre est particulièrement important dans un atelier de psychomotricité. Il sert à protéger les sujets présents au sein du groupe ainsi que le thérapeute en servant de pare-excitation (c'est-à-dire de protection contre l'excès de stimulations externes et internes).

a. Cadre physique concret

Nous animons deux séances hebdomadaires de relaxation, une par phase (1 et 2). **Ce cadre temporel** permet la répétition et assure une certaine continuité dans la prise en charge des résidents. Cette régularité des séances dans le temps permet une intégration de repères stables pour les sujets.

Au niveau du centre, *« un cadre thérapeutique s'intègre dans une **institution** qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur un travail d'équipe »²*. J'ai développé l'histoire et j'ai décrit la communauté thérapeutique pour que l'on comprenne bien que l'atelier de relaxation est mis en place dans le contexte d'une institution de type socio-éducatif, sans médecin coordinateur ni psychiatre.³

Les séances de relaxation se déroulent dans une **salle de sport**. C'est pourquoi il s'agit plutôt d'un travail corporel dans le champ conscient ; il est question d'expérimenter et de s'essayer à une technique de relaxation.

¹ C.POTEL, *Etre psychomotricien*, P. 321

² C. POTEL, *Etre psychomotricien*, p. 322

³ Cf III. La communauté thérapeutique

Au niveau du **dispositif matériel**, chaque résident dispose d'une couverture qu'il est libre d'utiliser ou non et d'un tapis qu'il installera à l'endroit qu'il a choisi. Ce tapis, en plus d'une question de confort, permet au résident de « prendre sa place », il délimite un espace personnel. Cela permet à chacun de s'approprier un « territoire », comme un marquage de sa place au sol. La manière singulière dont chacun s'installe dans la pièce est significative. Avec la psychomotricienne, nous prenons soin entre les deux séances de relaxation que les résidents rangent le matériel, afin qu'à chaque séance, chaque participant puisse s'installer où il le souhaite.

Paul et Olivier se mettent toujours dans un petit coin de la salle, bien différencié du reste du groupe. Il y a Steven qui se met toujours à la même place. Frédéric, lui, se place souvent près d'un autre résident, presque collé à lui. Puis il y en a quelques-uns qui se mettent n'importe où, là où il y a de la place. Je remarque que ces derniers sont souvent ceux qui investissent le moins l'atelier de relaxation.

L'atelier de « relaxation » est présenté comme **obligatoire**. Les résidents ne sont pas libres vis-à-vis de cette proposition. Néanmoins, je pense que c'est important car c'est une population qui a besoin d'être mobilisée et sollicitée. Pour certains, cela peut être l'occasion de se saisir d'une expérience qu'ils n'auraient pas faite si elle n'était pas obligatoire : ils peuvent alors s'y investir et en tirer des bénéfices.

Paul est un résident qui ressent des douleurs constantes à la jambe : il ne veut jamais venir en relaxation, nous devons toujours le solliciter pour qu'il participe... Puis à la fin de chaque atelier auquel il participe, il exprime son bien-être et ne plus ressentir la douleur de sa jambe...

Cependant le caractère obligatoire n'est pas toujours facilitateur pour l'individu. L'obligation de participation peut être vécue comme une véritable contrainte et empêcher l'adhésion du sujet. Ceux qui ont décidé que la relaxation ne leur « servira à rien », et « qu'ils ne sentiront rien », aborderont les séances dans cet état d'esprit.

Romain arrive en relaxation énérvé, me dit avec dédain qu'il ne va pas bien, sous-entend que ce n'est pas la relaxation qui aura le moindre impact positif sur lui... Pendant tout le temps de relaxation, je le vois se retourner, bouger... Lors de la verbalisation de fin de séance, il me dit sur le même ton que « ça n'a servi à rien et qu'il est exactement dans le même état qu'avant ». J'étais tellement décontenancée que je n'ai su quoi répondre. Rétrospectivement j'aurais dû interroger ce patient sur les causes de cet « échec ». Cela aurait peut-être pu conduire à une prise de conscience sur sa responsabilité dans l'effet de cette séance sur lui-même.

Dans l'ensemble, le cadre et sa régularité, même jour - même heure - même endroit, permet aux résidents d'anticiper les séances, ils peuvent « compter dessus ». C'est donc **sécurisant et rassurant**, notamment pour une population qui est en constante recherche de limites et de repères stables.

Depuis quelques semaines, l'organisation dans la communauté thérapeutique change un peu et des réunions se mettent en place pendant l'heure des séances de relaxation. Olivier exprime alors le fait qu'avant il prenait plaisir à venir en relaxation, que ça le détendait. Mais maintenant c'est « n'importe quoi », il dira même « parfois on n'a pas relaxation, mais on ne le sait pas à l'avance, c'est très frustrant et si ça continue je préférerais ne plus venir ».

b. Cadre psychique : il se situe du côté du soignant et de sa fonction

La psychomotricienne a une place bien définie et respectée par les professionnels et les résidents au sein de la communauté thérapeutique.

La rencontre avec le groupe et la psychomotricienne, ses intentions, le travail de pensée qui accompagne doivent permettre d' « *aider le patient à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus*

secondarisées. On pourrait également dire : permettre une "mise en pensée du corps". ».¹ Le thérapeute doit être garant du cadre afin que chaque résident se sente en sécurité au sein de celui-ci.

c. Groupe thérapeutique

C'est un groupe ouvert. Les résidents étant très nombreux dans la structure, le groupe change toutes les semaines afin que chacun puisse assister à une séance de relaxation toutes les deux semaines. Le nombre de personnes dans les séances varie d'une semaine à l'autre mais se situe entre trois et huit résidents.

La relaxation est une prise en charge collective dont l'objectif est de permettre un retour sur soi. Durant la séance, les résidents sont allongés et ont les yeux fermés s'ils le peuvent : c'est un moyen de se centrer sur eux-mêmes et de vivre cet instant comme un temps privilégié pour eux seuls. Il me semble essentiel de pouvoir proposer un tel espace dans une communauté thérapeutique. Cette dernière contraint les résidents à vivre en groupe et en groupe fermé, toute la journée, tous les jours, avec des personnes qui ne se sont « pas choisies »... C'est un mode de vie particulièrement compliqué pour n'importe quel individu.

Il arrive souvent que pendant le temps de verbalisation un résident parle d'un fait du quotidien ou d'un problème mais d'autres répondent « c'est bon on en a déjà parlé » « on ne parle pas de ça, ici on est en relaxation »... Comme si ces séances de relaxation étaient un peu en dehors de la communauté thérapeutique, un temps à part, différent et important pour eux, où les problèmes du quotidien doivent être laissés en dehors.

« Le thérapeute fait partie intégrante du groupe. Il est engagé dans l'expression corporelle et émotionnelle de chacun. A tout moment, il faut être disponible au décryptage des mouvements qui s'opèrent. Il est pour le groupe, l'objet d'identification et de projection, mais représentant de la loi, et à ce chef, assure la protection du groupe et de chacun en son sein. »²

¹ C. PÔTEL, *Etre psychomotricien*, p. 324

² C. PÔTEL, *Etre psychomotricien*, p. 224

Le groupe permet un certain étayage. A travers ce qui se vit et se dit pour chaque membre du groupe certains résidents trouveront des modèles, des repères, des supports identificatoires sur lesquels ils vont pouvoir s'appuyer. Certains ont besoin d'être « nourris » par l'expérience des autres membres du groupe pour pouvoir rebondir, associer, renchérir à partir de ce qu'ils disent de leurs sensations, de leur vécu. Les perceptions des uns peuvent renseigner sur les perceptions des autres : « ça me fait penser à... » « Moi c'est comme lui... » « C'est presque pareil que lui mais... ». Le groupe devient alors très enrichissant et étayant.

Il est important que les résidents arrivent à s'écouter entre eux, ce qui n'est pas toujours évident. Il faut alors que je sois vigilante pour faire respecter le temps de parole de chacun.

2. Déroulement des séances

La séance de relaxation se déroule pendant 20 minutes, auxquelles s'ajoute un temps de parole en début et fin de séance.

a. Temps de travail corporel : les inductions

La psychomotricienne et moi-même utilisons des **inductions verbales** qui se basent sur une proposition de prise de conscience des appuis au sol, de visualisations des différents segments corporels, d'investissement des différentes parties du corps puis de la respiration.

Je remarque qu'il est difficile pour certaines personnes de rester immobile, de se centrer sur soi et de se concentrer sur leurs sensations corporelles. En effet, il est compliqué, pour des personnalités qui sont la plupart du temps dans l'agir, d'être dans l'immobilité du corps et le ressenti de celui-ci.

Steven bouge souvent les membres lorsque je les nomme pendant la relaxation. Je me suis souvent demandée si c'était parce qu'il était incapable de sentir son corps dans l'immobilité et que ses sensations corporelles venaient seulement par la mobilisation, l'action.

La psychomotricienne et moi-même nous mettons de la **musique** pendant le temps de relaxation ; elle n'est plus présente lors des temps de parole. Elle forme un fond sonore, créant ainsi une double enveloppe sonore avec les inductions verbales. L'ouïe étant le sens le plus aiguïé du foetus, nous sommes tous très réceptifs et sensibles aux stimulations sonores et donc aux tonalités musicales. La musique suscite souvent beaucoup d'émotions, elle va induire des mouvements associatifs, suscitant des souvenirs...

Lors d'une séance, la psychomotricienne a mis une musique particulière. Presque tous les résidents ont dit avoir été très touchés par cette musique, provoquant de la nostalgie. Ils ont demandé à ce qu'elle ne soit plus mise lors des séances de relaxation parce qu'elle les rendait tristes et elle réveillait des souvenirs désagréables.

Certains résidents vont investir ce fond sonore et ne pas différencier la musique des inductions verbales : cela forme pour eux une même contenance sonore. D'autres personnes vont percevoir la voix comme se détachant de la musique, ou d'autres encore vont faire des « va et vient » entre l'écoute de la musique et de la voix...

b. Verbalisation

Une place particulièrement importante est réservée aux temps de verbalisation de début et fin de séance.

Nous utilisons une **méthode non interprétative**, c'est-à-dire que nous ne faisons pas une interprétation analytique de ce qu'il dit mais nous tenons compte de ce que le patient évoque de son ressenti, de ses éprouvés, de son comportement, de son vécu, en étant à l'écoute et disponible. Nous accueillons ce que les résidents veulent nous faire partager.

Le temps de parole de début de séance permet aux sujets de **se centrer sur eux-mêmes** et sur le moment présent pour se préparer au temps de travail corporel proprement dit. Nous leur proposons aussi de « **mettre des mots** » sur leur état corporel du moment et sur l'état émotionnel dans lequel ils sont.

Les patients peuvent se trouver en difficulté devant une telle demande. Nous sommes donc là pour les accompagner à repérer les différentes sensations et émotions qui les traversent et à les nommer avec les mots justes.

Le temps de verbalisation de fin de séance doit permettre d'exprimer les impressions sensorielles de la séance permettant un renforcement de la prise de conscience corporelle. L'expérience de la relaxation est souvent restituée par les résidents par des impressions de poids, d'enfoncement dans le sol, de différences de températures... « Je me suis senti lourd, complètement enfoncé dans le sol », « je me sentais léger, je ne sentais plus le tapis »¹

Nous cherchons à **développer les capacités de symbolisation en s'appuyant sur la conscience corporelle**. L'objectif est de permettre au patient de mettre des mots sur des sensations éprouvées à travers de véritables expériences corporelles.

Puis il s'agit de « *l'aider à assimiler, intégrer, à transformer ses expériences en représentations symboliques, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées* », pensées qui « viendraient soutenir ce qui s'est construit dans et par le corps ». ²

On part de la sensation pour accéder à la représentation : comme dans le développement de l'enfant.³ L'adulte s'inscrit dans une dynamique « vécu – éprouvé – représenté ». Dans la fluidité et la mobilité qui lie ces trois registres, il existe la notion de bien-être : plus le passage de l'un à l'autre est fluide, plus la personne va lier ses sensations avec son vécu. Elle va alors pouvoir se les approprier et se confronter à la réalité extérieure de façon plus stable et équilibrée.

La verbalisation permet « que **s'élaborent les épreuves, sensations, rêveries et pensées**. »⁴

« *Dans ce travail profondément psychomoteur, les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais des processus primitifs, chevillés au corps.* »⁵

¹ Paroles de résidents

² C. POTEL, *Etre psychomotricien*, p. 367

³ Mémoire de Lucile VERLHAC, p. 40

⁴ C. POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, p. 243

⁵ C. POTEL, *Etre psychomotricien*, p. 367

Même si nous expliquons aux résidents que la relaxation est un travail corporel de prise de conscience du corps, souvent la verbalisation de fin de séance porte sur la question de la détente ou non. Peut-être ciblent-ils leur verbalisation sur cette unique approche qui peut être considérée comme une sorte d'évitement, de résistance. Peut-être est-il trop compliqué pour eux d'être à l'écoute de leur corps ? mis à rude épreuve pendant leur période de toxicomanie ? Ce qui est intéressant c'est la façon dont cela peut s'assouplir au fil des séances et de constater parfois l'évolution vers une meilleure prise de conscience ; la question de la détente va alors se poser différemment.

Même si certains patients ne s'expriment pas sur leurs ressentis et les gardent pour eux, ce n'est pas qu'il ne se passe rien. Dans le cadre dans lequel est proposé l'atelier, complément aux nombreuses thérapies verbales mises en place dans la communauté thérapeutique, nous invitons à parler mais sans obligation : les patients ont le droit de se taire. La séance de relaxation est aussi un temps de détente, de rêveries soutenues, bénéfiques pour se ressourcer ; ils peuvent avoir envie de « faire durer » cet état et de ne rien en dire, ou choisir de le verbaliser plus tard. Les séances de psychomotricité peuvent être considérées comme un temps où nous prenons soin d'eux : nous devons accepter cette forme de silence comme quelque chose qui a du poids et du sens. La parole doit pouvoir être possible mais non obligatoire.

Animer ces temps de parole n'est pas quelque chose de facile en raison des difficultés que je viens d'évoquer. Au début, ces temps de verbalisation furent difficiles pour moi : soit pour relancer et pour étayer les propos des résidents ou au contraire pour les arrêter et les recentrer sur eux et le moment présent, lorsqu'ils se lancent dans un discours sur leurs problèmes, le fonctionnement de la structure par exemple... Je n'étais pas sûre de ma façon de faire mais la psychomotricienne intervenait lorsqu'elle sentait que j'étais en difficulté. Petit à petit, j'ai donc pris confiance en moi : l'accompagnement des résidents lors de la relaxation et de la verbalisation est devenu plus facile et agréable, me rendant ainsi tout à fait disponible à l'autre.

Le psychomotricien doit également effectuer un véritable travail psychique : « *un travail de relance de la pensée et des affects, dans la mise en lien entre le vécu du corps « sensoriel » et les mots, qui sont vecteurs d'une symbolisation d'une représentation possible.* »¹

De nombreux patients toxicomanes ont un fonctionnement proche de l'**alexithymie**. Le sujet alexithymique possède quatre caractéristiques principales : ²

- Une incapacité à l'expression verbale des émotions

*« Quand je suis triste ou joyeux, quand j'ai une émotion, je sais ce que c'est bien sûr mais j'arrive pas à l'exprimer, je ne saurais pas dire ce que je ressens, ce que ça me fait. »*³

- Une incapacité à identifier ses sentiments et pouvoir les distinguer de ses sensations corporelles car le sujet n'a pas de capacités d'élaboration. Les plaintes somatiques (« j'ai mal à la jambe » « je suis complètement tendu dans le dos, ça me fait mal »...) lors des temps de paroles sont alors très importantes et prennent une grande place dans le contenu des verbalisations.
- Une pauvreté de la vie imaginaire
- Une pensée à contenu pragmatique. Le sujet va toujours parler de l'extérieur mais pas de lui⁴.

L'alexithymie peut être considéré comme un mécanisme d'adaptation ou de défense, notamment dans les conduites de dépendances qui sont, d'après Jeammet (1991) des « *conduites antipensées, antireprésentationnelles intégrant une véritable économie de l'affect et de sa représentativité* ». ⁵

¹ C. POTEI, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, p. 245

² C. JOUANNE « L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif »,

³ Parole d'un résident

⁴ Cf IV. A. 2. b. Verbalisation

⁵ C. JOUANNE « L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif »

Il est primordial de sortir les patients du récurrent « ça va », « ça m'a détendu » en les sollicitant plus précisément sur leurs ressentis pendant la séance, en les centrant sur leur corps et en les incitant à être à l'écoute de leur corps.

Il est important aussi de centrer les sujets sur eux-mêmes, car ils ont souvent tendance à projeter leurs responsabilités, leur malaise sur autrui ou sur le fonctionnement de l'institution et plus généralement de la société... Parce que dans leur mode de fonctionnement ils sont plus souvent tournés vers l'extérieur et ils sont donc plus enclin à parler du « dehors » que du « dedans ». De nombreux toxicomanes s'étaient sur l'extérieur, ce qui a une valeur défensive. C'est une manière d'être, de pouvoir parler d'eux-mêmes, de façon moins envahissante. La « rencontre avec eux même » est peut-être encore trop compliquée. Ils ont des difficultés à mettre des mots sur quelque chose d'encore très informe, des sensations trop vagues et trop globales.

David est un résident qui est à l'aise dans les relations. Il parle beaucoup mais toujours pour s'exprimer par rapport aux autres résidents, aux différents professionnels... Il parle souvent des bruits extérieurs lors de la relaxation qui l'ont empêché de se détendre... Lors d'une séance, la psychomotricienne lui fait la remarque, et après un échange un peu tendu, il sort de la salle et n'assiste pas à la relaxation. La semaine suivante, pendant la relaxation, je remarque qu'il me parle de lui spontanément, de l'état dans lequel il est...

3. Objectifs thérapeutiques spécifiques

Les méthodes de relaxation sont « des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées ou codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décentration neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente psychique et physique ».¹

¹ R. DURAND DE BOUSINGEN, *La relaxation*

Je vais définir les modalités spécifiques de la relaxation proposée par la psychomotricienne puis par moi-même auprès de nos patients.

a. Champ de la conscience

L'approche de la relaxation telle que la psychomotricienne et moi-même la concevons est une pratique dans le **champ de la conscience**. Les séances de pratique corporelle se veulent simples, courtes et facilement assimilables afin que les résidents puissent se saisir de ces propositions. Les sujets toxicomanes ont des difficultés à élaborer. Le but est alors d'assimiler certaines méthodes, de les réutiliser consciemment quand les personnes en ressentent le besoin (stress, tension, contrariétés...), et éviter ainsi d'avoir recours aux produits dans une situation déstabilisante.

Pratiquer la relaxation dans le champ de la conscience est un choix, une volonté de la part de la psychomotricienne puis de la mienne. Compte tenu de la nature de la prise en charge dans la communauté thérapeutique, avec l'importance donnée à la verbalisation sous toute ses formes (ateliers, réunions, groupes de parole animés par des résidents ou des professionnels, entretiens individuels...), la psychomotricité prend le parti d'un travail qui favorise un retour sur soi, du côté du sensoriel essentiellement. C'est une approche plus codifiée, où la parole est moins sollicitée.

Cette relaxation est ancrée dans le corporel, l'anatomie, la physiologie. Cependant elle s'intéresse aussi au relationnel et à la subjectivité de chacun. Le thérapeute est là pour accueillir des mouvements intérieurs qui peuvent se produire lors des séances.

Pour des sujets toxicomanes, la relaxation est donc un vecteur par lequel ils vont chercher à retrouver des sensations oubliées ou connues uniquement à travers les drogues (détente musculaire, respiration...) car ils ont endommagé la relation à un corps plus fonctionnel.

b. Objectifs

« Les médiations ont pour objectifs :

- De proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions
- D'aider à la transformation des éprouvés en représentations »¹

Comme je l'ai expliqué dans ma partie théorique, le corps est au centre de la problématique de l'addiction et les différentes sensations corporelles sont modifiées par la consommation de produit. Ici, le but est de réinvestir ce corps par différentes sensations et expériences corporelles réelles, sans l'influence d'une substance psychoactive. **Il ne s'agit pas de se réinventer un corps mais d'en prendre conscience.**²

Une meilleure connaissance de son corps induit une possible maîtrise de celui-ci. Cela permet aux sujets toxicomanes d'avoir une représentation concrète de ce qu'ils percevaient déjà. Lorsqu'un sujet est sous l'effet des produits, les sensations ne sont pas représentées. La personne ne se vit que dans l'action. Nommer les sensations perçues en permet une connaissance ; elles étaient ressenties jusque-là sans pouvoir être identifiées. Puis associer ces sensations aux émotions permet ainsi de s'approprier un savoir et donc un certain contrôle du corps, ce que le sujet toxicomane perd souvent lors de ses consommations.

Par exemple, faire prendre conscience aux résidents que lorsqu'ils sont tranquilles et détendus, ils respirent calmement, va leur permettre d'associer la détente à une respiration plus ample. Grâce à cette « connaissance », les personnes pourront respirer calmement afin de se détendre lors de situations de stress pour tenter d'éviter de consommer.

Bien sûr, cet exemple semble anecdotique mais il est important pour souligner que ces sujets toxicomanes, qui ont souvent perdu ce rapport à leur corps et ne perçoivent que les sensations procurées artificiellement, peuvent retrouver des sensations réelles. Ces séances vont permettre un réapprentissage, « une appropriation subjective de leur corps »³.

¹ C. POTEL, *Etre psychomotricien*, p. 367

² P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI, *Corps et psychiatrie*

³ C. POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, p. 225

« Nous voulons lui permettre de vivre ce qui lui appartient en propre : nous ne l’invitons pas à vivre en relaxation un certain bien-être, un nirvana, mais à percevoir et vivre ses ressentis profonds. La proposition va donc consister à lui demander ce qu’il ressent ici et maintenant : temps de concentration sur une partie du corps, qu’il ressent plus particulièrement ; par inductions verbales ou proprioceptives, il est aidé à entrer dans un bain de sensations. »¹

Cette citation me paraît correspondre le mieux aux objectifs de la relaxation psychomotrice auprès de patients toxicomanes.

« C’est un travail sur un double registre :

- *Fournir des expériences sur lesquelles s’appuie le discours du toxicomane*
- *Mettre des mots là où ils font défaut »²*

c. Tonus

L’état tonique est un des axes centraux du travail en relaxation et plus généralement en psychomotricité. Nous savons que le tonus (qui est l’état de légère tension d’un muscle au repos physiologique) et les émotions sont liés et qu’ils s’influencent réciproquement. En effet cette liaison rend compte de l’intrication entre le corps (le tonus) et le psychisme (les émotions). Il est donc important que les patients prennent conscience de leurs états corporels et puissent les associer à leurs états émotionnels.

« Les variations toniques sont l’expression de variation de notre émotion dans le monde. »³

« La modification de l’état tonique en relaxation influence l’activité psychique de fond du sujet, sa vigilance et son ressenti émotionnel. La diminution du seuil tonique du sujet en relaxation touche le plan affectif de la vie psychique et à son image du corps. »⁴

¹ A. CALZA et M. CONTANT, *Psychomotricité*, p. 219

² P. ANDRE, et al..., *Corps et psychiatrie*

³ M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

⁴ M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

Je vais maintenant évoquer succinctement l'action de la relaxation sur deux fonctions importantes à prendre en compte dans cet atelier.

d. Respiration

Tous les organes et les systèmes se répercutent au niveau de la respiration qui est capable d'influencer les différentes fonctions organiques dont les niveaux de vigilance comme la veille et le sommeil.¹ Il est donc très important de pouvoir agir sur la respiration.

En effet, une part de la respiration est automatique : nous pouvons respirer sans y penser. Une autre part est soumise au champ de la conscience que nous pouvons contrôler. De plus, la respiration est « *spécialement sensible à notre vie psychologique et particulièrement à nos émotions [...] On peut dire que la respiration suit toutes les variations de notre vie affective* ». ² En effet, notre respiration se modifie en fonction des différentes émotions qui nous traversent.

Le travail sur la respiration, l'augmentation de l'amplitude de cette dernière va favoriser la détente musculaire et agir sur le tonus en le diminuant, pouvant induire alors une détente plus profonde. Les exercices sur la respiration sont particulièrement importants dans la diminution de la tension, les sujets toxicomanes pouvant alors les réutiliser lors de situations de stress impliquant l'envie de consommer.

e. Narcissisme

Le psychomotricien s'intéresse à la personne dans sa globalité accordant suffisamment d'importance au sujet pour l'inciter à prendre soin de lui et de ses perceptions considérées comme dignes d'intérêt. Ceci peut provoquer un effet renarcissant et valorisant pour le sujet toxicomane qui est toujours enclin à une fragilité narcissique³ car il a une très mauvaise image de lui-même.

¹ M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

² J. DROPSY, *Vivre dans son corps*, p. 72

³ Cf I. C. 4. Pathologie du narcissisme

C'est une « *renarcissisation par l'attention que porte le relaxateur sur le corps du relaxé* ». ¹

Au cours des séances de relaxations, des **couvertures** sont mises à disposition des résidents. C'est un objet uniquement de confort. Les couvertures se transforment souvent en oreiller par les résidents ; c'est un objet d'agrément où l'on peut s'enfouir, recherchant un contact doux et chaud. La couverture que l'on met sur soi crée une enveloppe contenante et agréable.

Avant chaque séance, Paul met consciencieusement sa couverture en boule pour lui servir d'oreiller. Matias, lui, s'enroule avec soin dans la couverture, ne laissant que sa tête dépasser. Certains résidents enlèvent leur veste pour être au contact de la couverture, cherchant le contact doux et chaud de la polaire.

Il est intéressant d'observer de quelle manière ces individus peuvent commencer à prendre soin d'eux dans une sorte d'auto-maternage. C'est important pour ces sujets qui malmènent habituellement leur corps. C'est un début de restauration, ils peuvent commencer à s'aimer un peu plus. Les attentions qu'on leur dispense sont reçues, je peux en observer les effets : les patients sont suffisamment en confiance pour prendre soin d'eux.

4. Détente

« La relaxation peut créer un phénomène analgésique et diminuer les crispations musculaires et les atteintes anxieuses. » ²

Le but de la relaxation n'est ici pas la seule détente mais elle peut survenir en plus. Selon moi, plusieurs facteurs peuvent induire la détente lors de ces relaxations. Il existe une influence réciproque entre la détente psychique et la décontraction musculaire, dans un sens comme dans l'autre.

¹ M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

² R. DURAND DE BOUSINGEN, *La relaxation*

Le fait d'attirer l'attention des patients sur autre chose, sur leur corps, les sensations corporelles concrètes, peut permettre de faciliter le **lâcher prise** vis-à-vis de leurs soucis, permettant une meilleure détente psychique et physique.

La prise de conscience des différentes parties du corps lorsque le thérapeute les nomme peut entraîner la **prise de conscience de certaines** tensions corporelles que nous pouvons alors diminuer consciemment. Or la diminution de la tension, du tonus musculaire peuvent créer une détente mentale.

« *Le relaxateur aide le relaxé à prendre conscience de ses modifications toniques tout au long de la séance, par le repérage et l'élimination des tensions.* »¹

Lors des premières séances de relaxation avec la psychomotricienne du centre, je me suis mise en condition de relaxation afin de bien prendre conscience des effets de celle-ci. Arrivée au niveau de la prise de conscience du visage, l'évocation des sourcils et du front, je me suis rendue compte que j'avais le haut du visage complètement crispé. J'ai pu donc détendre cette zone, participant ainsi à une détente plus globale.

Parallèlement, l'enveloppe sonore constituée par la voix de la psychomotricienne et la musique peut avoir un effet **contenant** : c'est intéressant pour des personnes qui sont toujours en recherche de limites. Cela peut aussi les renvoyer aux expériences précoces : les premières interactions, la voix de la mère... ; la voix qui porte, qui enveloppe, qui donne sens... Cela crée ou favorise un état de détente physique et psychique.

L'impression de résidents qui disent s'être reposés peut contraster avec l'observation faite pendant la relaxation.

Je peux faire référence au cas de Mathias, toujours en mouvement lors des séances de relaxation, dans une agitation presque constante, qui me dit toujours à la fin des séances qu'il est détendu et que « ça l'a posé ».

¹ M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

C. POTEI parle de patients qui sont traversés par ce qui se passe à l'extérieur, montrant alors la fragilité de leur enveloppe protectrice¹, d'où l'intérêt de la contenance induite en relaxation, qui est évoquée plus haut.

La relaxation peut créer un état particulier qui est un « **état altéré de la conscience** : un certain état psychique. C'est une organisation différente de la pensée qui se rapproche du fonctionnement inconscient. »². La relaxation peut provoquer un état régressif. Cet effet de la relaxation peut être introduit dans le début du soin pour soulager la souffrance du manque.

« Je ne dormais pas, mais presque, j'étais entre les deux »

« Je ne dirais qu'un mot : béatitude, j'étais comme dans du coton, bien, comme si j'étais dans le ventre de ma mère »³

Cette proposition de relaxation est donc à **mettre en parallèle** avec les stratégies que les toxicomanes trouvent pour soulager la tension interne.⁴ D'ailleurs, de nombreux résidents évoquent l'état de relaxation, entre la conscience et le sommeil, comme comparable à l'effet qu'ils obtenaient sous l'action des produits.

A la fin d'une séance, Kevin me dit : « c'est comme si j'avais fumé un joint ».

Jonathan a passé presque deux ans dans la communauté thérapeutique, et vient aux séances de relaxation toutes les semaines. Pendant un entretien individuel, il me dit qu'il « fait de la relaxation pour retrouver l'état qu'il avait sous l'effet de l'héroïne ». Il se plaint d'ailleurs qu'au début de son séjour il y parvenait et plus maintenant. Mais à chaque séance, il espère retrouver cet état.

¹ C. POTEI, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, p. 243

² M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique*

³ Paroles de résidents

⁴ Cf II. A. Procédés autocalmants

C'est intéressant que ces personnes puissent évoquer cette sensation, puissent en parler parce qu'ils le font dans un contexte relationnel : ils s'adressent à quelqu'un. Lorsqu'ils consommaient des substances psychoactives, ils n'étaient centrés que sur eux-mêmes.

Cela peut être une manière de se détacher du produit, de prendre de la distance. Ici, à la différence de l'effet procuré par la drogue, ils évoquent cette sensation, ils peuvent la décrire, mettre des mots dessus, ce qui est important dans l'élaboration de la pensée.¹

5. Limites de cette prise en charge

Bien que cette approche par la relaxation puisse être bénéfique, elle a aussi ses limites.

Tout d'abord, nous avons tous notre **sensibilité propre** et chacun de nous est différent. Bien que les sujets toxicomanes aient en commun de nombreuses particularités et problématiques, la clinique reste extrêmement hétérogène. Certains ne seront pas sensibles à la pratique de la relaxation, ne pourront jamais s'y inscrire et n'en tireront pas de bénéfice, à court ou long terme. D'autres la vivront uniquement comme un moment pour eux, pour penser à autre chose, mais sans jamais prêter attention à leurs sensations corporelles. Au contraire, certains résidents ne manqueront jamais une séance de relaxation et affineront leurs perceptions au fur et à mesure des séances.

Les séances de groupe en psychomotricité donnent un cadre particulier à la prise en charge. Même si le psychomotricien se doit d'être attentif et à l'écoute de tous les participants, il est évident qu'il ne pourra pas accompagner chaque résident aussi singulièrement que lors d'une prise en charge individuelle. Certaines personnes ont besoin, plus que d'autres, d'être accompagnées plus précisément dans le travail corporel pour parvenir à percevoir certaines sensations... C'est pourquoi, lorsque des résidents, qui sont en phase 2.2., c'est-à-dire qu'ils ont donc déjà passé presque 1 an au sein de la communauté thérapeutique, souhaitent arrêter les séances parce qu'ils estiment que « ça ne leur sert à rien », la psychomotricienne leur propose un entretien individuel. Au cours de celui-ci, les résidents peuvent expliquer pourquoi ils jugent que cette prise en charge n'est pas ou plus nécessaire pour eux.

¹ Cf IV. A. 3. b. Objectifs

A l'issue de cette rencontre, elle leur permet « officiellement » de ne plus assister à cet atelier ou elle leur propose un suivi individuel si elle estime en accord avec eux qu'ils en ont besoin. Ce suivi n'est, quant à lui, pas obligatoire. L'adhésion du patient devient au contraire très importante.

C'est ce qui s'est passé pour Rémi, un résident du centre, avec qui la psychomotricienne a entamé une prise en charge individuelle après huit mois de séances de relaxation en groupe.

B. Rémi ou un exemple de prise en charge individuelle en psychomotricité dans la communauté thérapeutique

Je rencontre Rémi en novembre 2012 dans le cadre de l'atelier de relaxation, au début de mon stage. Il est âgé de 25 ans, il est de taille et de poids moyen, il s'habille de façon classique, il a les cheveux bruns et a un piercing au-dessus du menton.

1. Présentation de Rémi : histoire et arrivée dans la communauté thérapeutique

Pour comprendre l'histoire et la prise en charge de Rémi, je vais revenir sur son anamnèse, son arrivée dans la communauté thérapeutique et son évolution au sein de celle-ci.

a. Anamnèse :

Les parents de Rémi se séparent lorsqu'il est âgé de 3 ans. Enfant, Rémi voit sa mère se faire violenter par son beau-père. Il reproduira alors le même schéma avec ses compagnes, notamment avec la mère de son enfant, qu'il violente devant son fils de 2 mois. Rémi bénéficie d'un suivi psychologique depuis l'enfance.

A 15 ans Rémi commence à consommer occasionnellement du cannabis avec ses amis puis du LSD, de la cocaïne de façon festive.

De 17 à 21 ans, Rémi est hospitalisé à 6 reprises en psychiatrie : 4 fois pour des tentatives de suicide et 2 fois pour des crises clastiques (situation de violence extrême avec activités de destruction sans intention précise).

A 19 ans, certaines fréquentations amènent Rémi à consommer de l'héroïne qu'il sniffe ou fume. Il déclare que c'est à ce moment-là qu'il perd véritablement le contrôle de ses consommations. *L'héroïne a un effet analgésique, provoque un état de félicité poussé puis un état où le consommateur s'échappe de la réalité, oscillant entre sommeil et inconscience.*¹ Rémi dira alors qu'il consommait parce que « ça le posait » « ça lui permettait de souffler », l'héroïne ralentissant son fonctionnement psychocorporel. Il explique qu'à cette période il ne pouvait plus supporter son tempérament très impulsif. Puis il finit par dire qu'il adore être « défoncé ».

Rémi devient père d'un garçon maintenant âgé de trois ans mais suite aux violences sur sa compagne, ils se séparent. Il est alors en rupture totale et il vit dans la rue : sa mère l'a mis à la porte et il ne peut plus voir son fils.

b. Admission et évolution dans la communauté thérapeutique

En mai dernier, Rémi est admis dans la communauté thérapeutique. Il dit « en avoir eu marre » de vivre dans la rue et le CEID (Comité Etude Information Drogue) le dirige vers cet établissement.

Rémi est diagnostiqué hyperactif ; il dit que le traitement d'amphétamines que lui prescrit alors le psychiatre le soulage beaucoup.

Rémi entame un travail avec le psychologue qui lui sert « d'étayage » : ce dernier fait le lien entre Rémi et sa famille et de cette manière il reprend progressivement contact avec sa mère, son ancienne compagne et il peut aussi revoir son fils.

¹ L. SALOMON, *Cerveau, drogues et dépendance*

Le suivi psychologique permet de mettre en lumière que Rémi a de bonnes capacités d'élaboration, une problématique anxieuse et des traits de personnalité borderline. Il a une intolérance à la frustration et il est impulsif.

La communauté thérapeutique, de par ses nombreuses contraintes a mis Rémi en difficulté étant donné son caractère plutôt solitaire et indépendant. Cependant plus rapidement que la plupart, Rémi a pu prendre des responsabilités au sein de la structure, ce qui lui a permis de gagner en autonomie et donc de pouvoir passer de la phase 1 à la phase 2. Cela induit pour les résidents d'avoir des responsabilités plus importantes, mais aussi d'obtenir des autorisations de sortir seul, d'accéder aux chantiers d'insertion et ainsi de se confronter au monde du travail.

Cela fait maintenant 11 mois que Rémi vit au sein de cet établissement. Il a beaucoup évolué. Il exprime le fait que les groupes de parole lui ont permis de s'affirmer au sein d'un groupe, qu'il s'est ouvert aux autres. La parole l'aide beaucoup « à faire redescendre la pression lorsqu'elle est trop forte », il a bien investi la relation avec son éducatrice référente.

Rémi explique qu'il n'a pas de phénomènes de craving, (envies impérieuses de consommer). Cependant cette affirmation est à nuancer : il a récemment été mis en grande difficulté lors d'une réunion sur la drogue. Il dira même : « Au bout d'une demi-heure à parler de came, je suis sorti, ça me tordait le ventre ».

La communauté thérapeutique lui a offert différents appuis et soutiens qu'il s'est appropriés pour évoluer, mettre de la distance en verbalisant.

2. Observations générales

a. Premières impressions

Lorsque je vois Rémi dans l'institution, il paraît à l'aise avec les résidents comme avec les professionnels. Il entre facilement en contact avec les personnes et s'exprime avec aisance. Cependant avec moi, il est plutôt distant, ne m'adressant jamais la parole et me disant bonjour uniquement lorsque je suis avec la psychomotricienne. Il est pratiquement toujours en mouvement dans l'institution, il est tonique dans ses déplacements et sa gestuelle.

Lorsqu'il marche le haut de son corps est complètement tendu, ne formant qu'un bloc. Il emploie un ton plutôt péremptoire.

b. Première rencontre

Lorsque je le vois pour les premières fois lors des séances de relaxation en groupe, il dit : « c'est comme d'habitude, ça ne m'a rien fait ». Il explique qu'il ne sent rien des inductions de la psychomotricienne : « je sens que je suis allongé mais c'est tout, je ne sens pas plus que mon bras est appuyé ou ma jambe, pour moi c'est pareil » « je respire parce qu'il faut respirer ». Il répète que ces séances ne lui servent à rien puisqu'il décroche très vite. Il formule le désir de les arrêter. Cela semble compliqué pour Rémi d'investir son corps, il semble en avoir un vécu peu différencié.

Rémi est authentique dans ses verbalisations, mais ses sensations corporelles sont pauvres.

3. Proposition d'un suivi individuel

a. Premier entretien

Sans le verbaliser clairement, à travers ce dont il se plaint, Rémi est dans une forme de revendication voire de demande implicite ; une prise en charge individuelle pourrait lui être proposée. *Lorsque la demande vient du patient, cela signe une prise de conscience d'un état corporel en tension qui met en malaise et d'un besoin de changement pour remédier à ce malaise.*¹ Ces états de tension et hypertension récurrents sont douloureux pour Rémi. Ce n'est pas un état corporel qui le satisfait.

La psychomotricienne propose alors de le rencontrer pour un entretien individuel afin de définir ensemble si un futur suivi individuel est pertinent.

Cet entretien est un moment difficile pour Rémi. Il vient de quitter une réunion car il était « trop énervé ».

¹ Catherine POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*

Il a du mal à gérer ses émotions : je le sens tendu, crispé pendant toute la rencontre (il tripote son piercing, ce qui lui crispe la mâchoire, il tape du pied, il est au bord des larmes...). C'est l'émotion générée par son exaspération qu'il a du mal à contenir.

Chez les personnes atteintes de troubles de l'hyperactivité, la motricité a une fonction d'urgence : il s'agit d'exprimer l'état interne sous risque d'imploser. Il faut alors réintroduire de la sensorialité là où il n'y a que mouvement.¹

Il formule le fait qu'en ce moment il s'énerve vite et qu'il a beaucoup de mal à faire redescendre la pression. De plus, il a commencé à travailler dans les chantiers d'insertion et il exprime ses envies de consommer du cannabis le soir pour se détendre et diminuer le stress de ses journées.

b. Objectifs

A la fin de cet entretien, la psychomotricienne propose à Rémi **une prise en charge individuelle** avec différents objectifs :

- Gérer ses émotions
- Faire diminuer la tension lorsqu'elle devient trop forte : travail sur la détente (*selon C.POTEL, il faut pour cela privilégier le ressenti du corps dans la passivité et l'immobilité.*)²
- Travailler sur la concentration et l'attention

¹ Catherine POTEL, *Psychomotricité Entre théorie et pratique*

² Catherine POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*

c. Cadre des séances

*C.POTEL explique que les séances en individuel permettent d'expérimenter d'une autre façon un corps souffrant ou désinvesti dans un cadre rassurant.*¹

Dans un premier temps, c'est la psychomotricienne qui va accompagner Rémi dans ce suivi et elle me propose d'y assister en tant qu'observatrice, après accord du patient, avant de reprendre la prise en charge moi-même.

La fonction d'observateur est bienveillante, sans jugement. Le regard que je porte se situe dans un processus thérapeutique. Il peut aussi avoir une fonction de tiers, importante parfois dans un travail à médiation corporelle avec un adulte, dans le but d'atténuer les effets d'une relation duelle, en face à face, et permettre une dilution du transfert et des projections.

4. Déroulement des séances et évolution de Rémi

Le but d'une thérapie à médiation corporelle avec une personne qui a des conduites addictives est de proposer un réinvestissement du corps en s'appuyant sur les sensations corporelles grâce à un travail sur une prise de conscience du corps par des expériences concrètes du corps²: mobilisation des membres, inductions, vibrations...

La séance se déroule en trois temps : un temps de verbalisation au début puis un temps de travail corporel dans l'immobilité pendant lequel Rémi est allongé sur le sol et enfin un court temps de verbalisation pour qu'il puisse s'exprimer sur le déroulement de la séance.

Lors des 5 séances qu'elle a pu proposer, la psychomotricienne va utiliser des inductions tactiles accompagnées de nombreuses verbalisations pour que Rémi prenne conscience des différentes qualités de ses états corporels et des différents registres de tension. Elle va aussi lui proposer un travail sur la respiration³ : lorsque Rémi augmente l'amplitude de sa respiration, elle va exercer différentes pressions sur l'abdomen, le thorax, le

¹ Catherine POTEL, Psychomotricité *Entre théorie et pratique*

² P. ANDRE, et al..., *Corps et psychiatrie*

³ Cf IV. A. 3. d. Respiration

diaphragme (c'est un muscle qui s'insère sous la poitrine jusque dans le dos : il est le plus volumineux et le plus important des muscles inspiratoires.

Il se crispe lorsque l'on est tendu, bloquant le plexus, et entravant la respiration.)... Le but est de lui faire prendre conscience de la participation de ces éléments dans la respiration.

Au début, cela paraît compliqué pour Rémi de se détendre ; il a des difficultés pour simplement se poser et s'allonger à plat sur le sol (il surélève sa tête...). Il est très vigilant (« réactions d'alerte ») : il relève souvent la tête, ouvre les yeux... Parvenir à s'allonger sur le sol alors que la psychomotricienne est à côté de lui nécessite d'accepter la passivité devant le regard de l'autre, de « s'abandonner », ce qui n'est pas encore possible pour Rémi. Il a toujours besoin de garder un certain contrôle et une maîtrise sur son environnement. Au fur et à mesure des séances, Rémi parvient à rester allongé un peu plus longtemps sur le sol, sans trop de crispation : la confiance et l'alliance thérapeutique s'instaurent progressivement.

Lors de ces séances, Rémi ne me regarde pas, m'ignore complètement, ce qui m'exclut totalement de la relation et de la prise en charge. C'est pourquoi je suis très surprise que, lorsque la psychomotricienne évoque son départ, (elle part en congé maternité), c'est très naturellement que Rémi répond qu'il trouve cela normal que je reprenne la prise en charge et qu'il préférerait que je sois seule, sans la psychomotricienne remplaçante. Il dit tout cela sans m'adresser ni une parole ni un regard. C'est pour cela que je suis assez inquiète au début de cette prise en charge.

5. Relève de la prise en charge

Lors de la première séance, Rémi vient tout de suite vers moi en m'adressant la parole directement, ce qu'il ne faisait pas jusque-là. Nous prenons alors seulement contact par la parole. Il paraît calme, il répond facilement à mes questions.

Rémi est une personne qui a besoin de temps pour accorder sa confiance. Il est rassuré par les personnes familières, qu'il a pu intégrer dans son champ de connaissances. Cela peut être mis en lien avec ce que j'évoque précédemment sur son besoin de garder le contrôle.

Lors de la deuxième séance, je me base sur la méthode de Jacobson pour proposer à Rémi des séries de contraction/décontraction de chaque membre, du cou et du visage. Je pense qu'il est important, dans un premier temps, de lui proposer des mouvements, quelque chose sur lequel il peut exercer une action : l'abandon est encore trop difficile pour Rémi. De plus, je trouve que c'est un exercice intéressant pour lui permettre de percevoir ses membres et les parties de son corps de façon plus distincte, et de sentir réellement la détente dans chacun d'eux, en contraste à une contraction musculaire immédiate.

Pour finir, je lui propose un court exercice de respiration, simplement en lui faisant prendre conscience de cette fonction (physiologique) et en essayant de lui en faire augmenter l'amplitude pendant quelques minutes.

Les exercices sur la respiration restent très compliqués et trop difficiles à gérer, que ce soit avec la psychomotricienne ou avec moi. Il dira même que « respirer comme ça c'est long et chiant », que c'est quelque chose qui ne le détend pas du tout et qu'il n'en voit pas l'intérêt. A la fin de la séance, il dit qu'il n'y a pas trop de différence avec le début, qu'il s'est juste un peu détendu. Le travail sur la respiration a toujours lieu en fin de cycle de travail. La respiration relie à l'intériorité et davantage à l'intimité ; Rémi n'est peut-être pas encore en mesure de se relier à cet aspect plus intime ou affectif. De par son hyperactivité, il reste quelqu'un d'impulsif, qui a des difficultés d'élaboration. Il est donc compliqué pour lui de contenir et de gérer ses émotions.

En règle générale, que ce soit avec moi ou avec la psychomotricienne, les verbalisations de fin de séances de Rémi restent pauvres et ne sont pas « très incarnées » : « ça m'a détendu » « ça m'a fait du bien de penser à autre chose » « il n'y a pas de différence entre avant et maintenant ». Mais parfois son langage corporel est contraire à son discours : il paraît plus posé, plus calme, moins crispé ; son visage est plus détendu à la fin de la séance. Rémi sent qu'il a besoin de faire un travail corporel afin de se détendre et de réduire son hypertonicité mais il est toujours dans un contrôle permanent qui ne lui permet pas encore cette évolution.

Rémi est dans une certaine maîtrise et contrôle de son environnement, que l'on peut aussi ressentir dans son hypertonicité. C'est un peu comme s'il y avait « quelque chose qu'il ne veut/peut pas lâcher ». Rémi s'est construit avec une véritable cuirasse musculaire.

Selon Reich, l'enfant se construit une cuirasse qui constitue un système de défense, à chaque contact avec son environnement. Cette cuirasse est de deux natures: musculaire et caractérielle.

Donc, chaque contact entre l'enfant et son environnement provoque un microtraumatisme créant à la fois une rigidité musculaire et un élément de construction de sa personnalité. Derrière la rigidité musculaire se cache un souvenir traumatique.

"Toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine"

"La cuirasse elle-même est la forme sous laquelle l'expérience infantile continue d'exister comme un agent nocif".¹

Rémi est dans une hypertonie très importante. On peut dire, au vu de son histoire², qu'il s'est construit une cuirasse musculaire importante comme mécanisme de défense qui l'aide peut être à contenir le trop plein de tensions qu'il a quelquefois du mal à élaborer et qui se décharge sous la forme de crises clastiques lorsque la cuirasse cède, ou plus régulièrement par son hyperactivité. Peut-être que la relaxation pourrait faire émerger des souvenirs en lien avec ses tensions. La verbalisation de ses souvenirs pourrait alors participer à la dissolution de sa cuirasse musculaire. Il faut bien sûr qu'il soit prêt à faire ressurgir et recevoir des souvenirs ainsi que les sentiments et les émotions qui les accompagnent. Je ne sais pas si Rémi est prêt à accueillir ces mouvements intérieurs, à « lâcher » un peu de lui-même lors des séances de psychomotricité. Pour ma part, la prise en charge ne fait que commencer. Je pense qu'il est primordial que je prenne du temps avec Rémi pour que s'installe une véritable relation thérapeutique et un réel lien de confiance ; ceci afin qu'il puisse « déposer », pendant la séance de psychomotricité, quelques-unes de ses angoisses et de ses peurs, pour que s'opère un changement plus profond que la seule détente passagère qui suit la séance.

¹ Cours PCEM1, spécialité psychomotricité

² IV. B. 1. a. Anamnèse

6. Conclusion

Rémi a bien investi la communauté thérapeutique avec tout ce qu'elle comporte de contraintes, ainsi que ses relations avec les résidents et les professionnels. Lorsque la tension est trop forte, les échanges qu'il peut avoir avec des professionnels l'aident à diminuer la tension qu'il ressent.

Cependant, il va falloir qu'il trouve ses propres ressources afin de devenir complètement autonome, pour pouvoir se réinsérer dans la société et faire face au monde extérieur sans consommation de drogue. Cela reste compliqué pour lui, il est encore fragile, comme le montrent ses sorties du weekend, qu'il a encore des difficultés à gérer. Il est important pour cela de continuer le travail corporel déjà bien investi par Rémi afin qu'il intègre des exercices dont il pourra se servir en temps voulu, et qu'il puisse évoluer vers un meilleur investissement de son corps et donc de lui-même. Il est important qu'il apprenne à mieux se connaître et ainsi à avoir une meilleure estime et une meilleure image de lui-même. Peut-être alors pourra-t-il prendre davantage soin de lui-même et, de la sorte, aborder les émotions et les frustrations avec plus de recul.

Je viens d'évoquer mes choix de pratique sur mon lieu de stage, appuyés par mon étude de cas. D'autres approches en psychomotricité peuvent être intéressantes pour les sujets toxicomanes.

C. Autres possibilités d'approche des sujets toxicomanes en psychomotricité

1. Le cirque comme médiateur

J'ai assisté à un spectacle de cirque effectué par des résidents d'un autre centre de soins en addictologie. Beaucoup plus petite, avec un encadrement plus médicalisé, cette institution diffère totalement dans son mode de fonctionnement de la communauté thérapeutique. Pendant une journée, j'ai collaboré à la préparation du spectacle puis à la représentation.

La pratique du cirque met en jeu l'expression corporelle, avec un côté qui, sans être infantilisant, n'en est pas moins ludique. Des buts à atteindre peuvent être fixés afin de « motiver » et solliciter la participation active de la personne, mais en laissant de côté la performance pour éviter de mettre la personne en échec.¹

La « finalité » de cet atelier, suivi tout au long de l'année, la représentation d'un spectacle de cirque, où chacun est investi, a un effet renarcissant. A l'issue de cette représentation, tous les résidents étaient manifestement très fiers d'eux-mêmes, de leurs capacités mises en avant. La recherche de sensations corporelles par et dans le mouvement, permise aussi par les différents matériels que peut offrir le cirque, la sollicitation de leurs capacités psychomotrices permettent une expérimentation très intéressante pour les sujets. Le corps est là aussi vécu différemment, réinvesti par des pratiques valorisantes et non plus par l'usage de substances psychoactives.

2. Vers une autre approche de la psychomotricité... Réflexions plus personnelles

La psychomotricienne de la communauté thérapeutique, avec qui j'ai travaillé pendant une grande partie de l'année est partie en congé maternité; une autre psychomotricienne la remplace. Celle-ci souhaite mettre en place des ateliers tout à fait différents de celui que j'anime en relaxation. Dans ce but, elle a organisé différents groupes afin de pouvoir rencontrer tous les résidents et de les interroger sur leur vision du travail corporel, leur vécu de la relaxation... et leur faire partager une idée de la psychomotricité. Ces échanges furent très riches et c'est à ce moment là que j'ai réellement mesuré-l'importance des séances de relaxation pour les résidents.

Cependant, comme je l'ai expliqué précédemment², nous avons tous notre **sensibilité propre** et la relaxation n'est pas accessible à chacun.

¹ Mémoire de Lucile VERLHAC

² Cf IV. A. 5. Limites de cette prise en charge

Certains ne seront jamais capables, ou du moins pas dans un premier temps, de sentir leur corps sans contacts physiques, inductions tactiles ou mouvements (c'est le cas notamment de Rémi ou de Cyril¹) ; la limite de l'induction verbale se situe à ce niveau. Pour certains résidents, il serait alors plus pertinent de **réintroduire le mouvement**, dans une séance plus dynamique qui pourrait faire naître des sensations corporelles différentes...

Cyril est très actif, et la relaxation immobile n'est pas adaptée pour ce patient. Lorsque la psychomotricienne soumet une activité plus dynamique, il est en revanche tout à fait disponible. Pendant l'exercice de déplacements dans l'espace, avec changements de rythmes..., il est très à l'écoute, attentif et peut exprimer son bien-être à la fin de cette courte séance.

Nous comprenons que des propositions comme cela seraient plus à même d'induire certains éprouvés corporels et même de la détente.

La communauté thérapeutique est une structure particulièrement contenant, une communauté à part entière avec ses règles, ses lois, ses élections... Tout y est régi, ordonné. Un point particulier m'a alors frappée dans les propos des résidents : ils sont **réellement effrayés par la nouveauté**, le changement. La routine engendrée par l'organisation stricte des activités au sein de l'institution est sécurisante pour eux et le changement est source d'anxiété. Cela semble être mis en relation avec le rapport au temps spécifique dans lequel sont ancrés les sujets toxicomanes, leur besoin de répétition qui s'inscrit dans une temporalité circulaire.²

Baptiste énonce clairement ce besoin de routine et dira « je sais que c'est égoïste, c'est mon petit confort mais j'aime avoir mes petites habitudes, et avoir relaxation le vendredi matin en fait partie. Ce matin j'aurais vraiment préféré avoir cette séance. »

¹ Cf III. D. 1. Les propositions en psychomotricité

² Cf II. D. 2. a. Leur ancrage dans le temps

Une fois que les séances de relaxation sont bien régulières, que les résidents ont intégré cet atelier comme fiable et « solide », il serait intéressant **d'introduire du changement**, une activité un peu différente, pour que la nouveauté soit source de plaisir et non pas d'angoisse et d'anxiété. En effet, « casser cette routine », progressivement, une fois qu'ils se sentent en sécurité, peut être bénéfique pour ces patients qui sont dans un fonctionnement de répétition, dans une temporalité circulaire qui ne laisse pas la place à la nouveauté. Hors de la communauté thérapeutique, il faudra s'adapter à la nouveauté et aux imprévus qui sont le lot de la vie quotidienne.

Nous pouvons faire un parallèle avec l'enfant qui se construit grâce aux rythmes réguliers ou macrorhythmes que la mère (ou la figure maternelle) instaure, autour de la satisfaction de ses besoins et que le bébé finira par anticiper. Puis la temporalité se construit par les micro-rythmes que la mère va introduire dans la relation, des petits changements : des surprises qui ouvrent à la nouveauté, à la créativité. Ainsi en serait-il pour les résidents, grâce à une activité psychomotrice qui permettrait de réintroduire sans dommage la notion de changement et son acceptation, indispensable dans la perspective d'une réadaptation à la vie hors communauté.

Paul quant à lui a un besoin de répétition encore plus exacerbé. Lorsque la psychomotricienne fait la proposition de marcher le plus vite possible dans la salle, il se crispe et va jusqu'à dire que « ça le met en colère ». Quand la psychomotricienne revient sur ce qu'a provoqué cette proposition, Paul exprime qu'il n'a pas l'habitude de se dépêcher, qu'il aime prendre son temps et dès qu'on lui demande d'aller vite, il est très perturbé. Plus largement, il explique qu'à chaque fois qu'il est contrarié dans sa routine, à tous les moments de sa vie, il ressent cet énervement.

Ce dernier exemple montre encore autre chose. La **médiation va être un détour pour aborder des problèmes compliqués**. La seule verbalisation peut être une approche trop « directe » et « frontale » pour aborder un problème encore trop douloureux pour le sujet. Une médiation corporelle permet donc de faire surgir de façon moins brutale certaines problématiques qui pourront être verbalisées dans un second temps. Cela permettrait aussi de remettre de la spontanéité dans leur discours.

Enfin, **réintroduire le mouvement dans un corps plus incarné** peut être pertinent pour ces sujets qui, dans leur parcours toxicomane, ont souvent mis en place des stratégies plus ou moins conscientes dont le but est « d’anesthésier leur corps »¹

Lors d’une séance de relaxation, David répond à un autre résident qui se plaint d’avoir « mal partout » depuis qu’il est arrivé dans la communauté thérapeutique, que « c’est normal, c’est son corps qui se réveille, avant il était comme anesthésié par la drogue. »

Il est alors important de soutenir ce « réveil corporel », par une démarche ludique, valorisante. Le jeu est une notion importante que les résidents ont des difficultés à saisir : « ça m’a amusé mais c’est tout ». Pourtant, réinvestir son corps dans le plaisir est essentiel pour retrouver un certain bien-être corporel.

¹ Cf I. B. 3. A forte dose : sorte d’homéostasie

CONCLUSION

L'addiction est un phénomène particulièrement complexe à aborder tant les paramètres intervenant dans son installation et sa persistance sont nombreux, divers dans leur nature (personnalité, environnement familial, social...), et intriqués. La toxicomanie est devenue un fléau, un véritable problème de santé publique sur lequel il est important de se pencher.

C'est pour cela, je pense, que cette problématique m'a vivement intéressée et mobilisée : j'ai eu envie de travailler, de rechercher, d'approfondir ce sujet. Mais ce mémoire n'est pas une fin en soi. Il constitue pour moi les prémices d'une réflexion qui, j'en ai conscience, pourrait être développée et affinée.

Les personnes que j'ai rencontrées lors de mon stage, tout au long de cette année, sont des sujets extrêmement fragiles, sensibles, torturés et touchants... La difficulté de la prise en charge de cette population, le nombre de rechutes, de décès, m'ont appris une chose que je trouve importante de souligner : l'humilité. Nous ne pouvons qu'être humbles devant une telle population, qui a trouvé refuge, parfois depuis un très jeune âge, dans les consommations de substances psychoactives. Ces personnes sont en quête d'une identité et sont dans une recherche constante de limites. Les drogues, rien ni personne ne pourra vraiment les remplacer tant elles leur procurent ces jouissances intenses, ces abandons, ce vide de la pensée, cette exaltation, ce sentiment de toute-puissance, ce refuge... C'est la seule solution qu'ils ont trouvée pour survivre et non pas un moyen pour mourir. Mais le bien-être procuré est tellement éphémère...

La souffrance du drogué se mesure à l'aune de l'intensité de ses extases : elle est indicible et immense, mais elle, elle n'est pas éphémère. J'ai senti, pour chacun des résidents, leur envie de s'en sortir, comme une lutte incessante et acharnée pour « décrocher »... Mais ces sujets se sont constitués une véritable identité à travers le produit et l'intoxication est tellement puissante : c'est pourquoi il est si difficile d'en sortir.

Entrer dans un centre de soins, dont les règles de vie sont aussi contraignantes, n'est sûrement pas le premier, mais est un grand pas pour ces sujets toxicomanes...

Et dans ce parcours long et difficile vers l'abstinence, le retour à une vie « normale », sans drogues, intégrée dans la société, s'inscrit l'équipe soignante de la communauté thérapeutique pour les accompagner et les aider. Cette équipe doit créer un cadre contenant et sécurisant afin que les résidents, pas à pas, se reconstruisent, dans leur identité, sans drogue.

Dans cette institution, qui demande toujours plus à ces résidents, où chaque heure de la journée est planifiée, j'ai décidé d'animer des séances de relaxation. Participer à cet atelier est devenu un réel besoin et a généré une demande importante des résidents pour lesquels il représente une « respiration » dans un emploi du temps très dense.

La relaxation va permettre aux résidents de se centrer sur eux-mêmes, sur leurs sensations corporelles afin qu'ils puissent réellement se réapproprier ce corps, jusque-là perçu à travers les seules sensations procurées par la drogue et souvent vécu comme objet de souffrance. Ici, au sein de cet atelier, nous leur demandons de porter une grande attention à leur corps, qui devient digne du plus grand intérêt et dont il est bien de prendre soin... Il peut alors devenir l'enveloppe contenant et sécurisante de leurs pensées ; une réelle enveloppe psychique, un corps qu'ils peuvent réinvestir en toute sécurité.

Proposer un espace où les mots ne sont pas plus importants que le langage corporel, que les sensations, le vécu et les perceptions individuelles, est essentiel dans une telle institution. Parallèlement et ce n'est pas contradictoire, il faut permettre de trouver les mots, de verbaliser les émotions et les sensations que procurent la relaxation : alors ces sensations conquises ou reconquises pourront s'ancrer profondément et soutenir la reconstruction psychique et corporelle dans une même dynamique. C'est pour moi un des fondements de la psychomotricité. La psychomotricité donne au sujet des outils permettant de réinvestir ses sensations et d'en prendre conscience, et ainsi de réenclencher la boucle « vécu – éprouvé – représenté ». Cela soutiendrait l'élaboration psychique permettant l'évacuation de la tension autrement que par l'agir et le recours à la prise de produit, dans une recherche de décharge rapide de toute tension interne, et contribuerait à un remaniement de l'économie psychique.

Cependant d'autres approches différentes en psychomotricité, que j'ai aussi pu observer mais de façon plus ponctuelle, sont aussi intéressantes pour les sujets toxicomanes : médiation par le cheval, ateliers cirque... Toutes ces médiations font appel à différents aspects de la psychomotricité : le tonus, le rythme, l'engagement corporel, la confiance en soi et en l'autre, une certaine organisation gestuelle, une maîtrise du mouvement, des capacités d'attention et de concentration, la maîtrise de ses émotions, être à l'écoute de ses affects et de ceux des membres du groupe.

Face à la diversité des facteurs repérés dans l'installation et la persistance d'une dépendance aux substances toxiques, les réponses proposées aux toxicomanes doivent être multiples et nécessitent de se compléter. Ainsi j'ai acquis la conviction, devant cette problématique, que la psychomotricité est une discipline incontournable sur le chemin d'une reconstruction identitaire et d'un mieux-être des sujets toxicomanes.

« Chaque homme dans sa complexité psychique est un chef d'œuvre »

J. MCDOUGALL, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE, P., T. BENAVIDES, F. GIROMINI**, *Corps et psychiatrie*, Heures de France, 2004
- ASSOUN, P.L.** « L'intoxication est un effort de faire sans l'autre ». Dans : *Le Nouvel Observateur - hors-série mai-juin* (2005).
- BERGERET, J.** *toxicomanie et personnalité*, Ed PUF, 1985
- CALZA, A. et M. CONTANT**, *Psychomotricité*, Ed Elsevier Masson, 2007, p.209 à 236
- CARTON, S.** « La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? » Dans : *Psychotropes* 11 (2005), p. 121–144.
- CASTAGNE, M.** « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? », *Psychotropes*, 2006/3 Vol. 12, p. 71-79.
- DESCOMBEY, J-P** *L'économie addictive*, Dunod, 2005, p. 71 à 77
- DROPSY, J.** *Vivre dans son corps*, Ed IES, 1996, p. 1 à 73
- DURAND DE BOUSINGEN, R.** *La relaxation*, Presses universitaires de France, 1987, p. 1 à 64, p. 93 et 94
- FARGES, F.** *Approche communautaire des toxicomanes*, PUF, 1998, p. 76 à 92
- FONTAINE B., F. HERVE et A. MOREL**, *Soigner les toxicomanes*, Ed Dunod, 2003
- FREUD, S.** *Malaise dans la civilisation*, Revue française de psychanalyse, Tome VII, n°4, 1934, pp. 692 et suiv.; tome XXXIV, no 1, 1970, pp. 9
- GATECEL, A.**, *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, Ed Heures de France, 2009, p. 73 à 77
- GUIOSE, M.** *Relaxations thérapeutiques*, Heures de France, 2007
- HAUTEFEUILLE, M.** « Les communautés thérapeutiques », *Psychotropes*, 2011/3 Vol. 17, p.5-8
- HOREL, S. et J.-P. LENTIN**, *Drogues et cerveau*, Ed du Panama, 2005, p. 14 à p. 25
- JOUANNE, C.** « L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif », *Psychotropes* 3/2006 (Vol. 12), p. 193-209.
- LOONIS, E.** *Notre cerveau est un drogué*. Ed PUM, 1997.
- MCDUGALL J.**, *L'économie psychique de l'addiction*, Revue française de psychanalyse 2004/2, Volume 68, p. 511-527.

- MCDUGALL J.**, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, 1978, p. 15
- MIOSSEC, Audrey**, *De la dépendance vers l'identité*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2006
- LE BRETON D.** *La peau entre signature et biffure : du tatouage et du piercing aux scarifications*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2011/2 n° 57, p. 79-92.
- CHARLES-NICOLAS, A.** « Le craving n'est pas le manque », Entretien dans *le Courrier des addictions (1)*, n°1, décembre 1998/janvier 1999
- OLIEVENSTEIN, C.** *Ecrits sur la toxicomanie*, Gallimard, 1978
- PEDINIELLI, J-C. et G. ROUAN, P. BERTAGNE**, *Psychopathologie des addictions*, PUF, 1998
- PIRLOT, G.**, Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatique métaphysologique, *Psychotropes* (Vol. 8 n° 2), p. 97 à p. 118
- POMMEREAU, X.** *Quand l'adolescent va mal*, J'AI LU, 2009
- POTEL, C.** *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, IN PRESS, 2010
- SALOMON, L.** *Cerveau, drogues et dépendances*, Belin, 2010
- SCHMITZ, Gabrielle** *L'apport de la psychomotricité dans le suivi et l'accompagnement des personnes dépendantes aux drogues*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2010
- SMADJA, C.** « Les autocalmants ou le destin inachevé du sadomasochisme ». Dans : *Revue française de psychosomatique* 8 (1995).
- SITBON, A.** «Les galériens volontaires de Gérard Szwec », *Revue française de psychanalyse*, 2002/1 Vol. 66, p. 283-289.
- SZWEC, G.** « les procédés autocalmants en psychosomatique et psychiatrie de l'enfant », *neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(2004) pages 410-413
- VERLHAC, Lucile**, Sensations et addictions : drogues et sport vus comme des désordres psychomoteurs. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012
- ZAFIROPOULOS, M. et A. DELIRIEU**, *Le toxicomane n'existe pas*, Anthropos, 1996, p. 188 à 203

SOURCES INTERNET :

www.drogues.gouv.fr

www.romandieaddiction.ch

www.drogues-info-service.fr

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
I. APPROCHE DE LA TOXICOMANIE : COMPLEXITE DU PHENOMENE	8
A. DE LA DEPENDANCE A LA TOXICOMANIE	8
1. <i>La dépendance</i>	8
a. Définition.....	8
b. La dépendance originelle, puis « normale, quotidienne »	8
c. La dépendance « pathologique »	10
2. <i>Addiction</i>	12
a. Etymologie de l'addiction.....	12
b. Définition de l'addiction	12
c. La toxicomanie	13
B. LA DROGUE : DES MECANISMES COMMUNS ET DES EFFETS DIFFERENTS.....	14
1. <i>Principaux mécanismes neurobiologiques communs à toutes les drogues</i>	14
a. Cible des drogues dans le cerveau	14
b. De la consommation récréative à l'addiction	15
2. <i>Trois grandes catégories de drogues</i>	18
3. <i>A forte dose : sorte d'homéostasie</i>	20
C. PSYCHOLOGIE ET PATHOLOGIE	21
1. <i>Psychologie</i>	21
2. <i>Il n'existe pas de structure spécifique de personnalité du toxicomane</i>	22
3. <i>Psychiatrie</i>	22
4. <i>Pathologie du narcissisme</i>	23
II. PLACE DU CORPS DANS LA PROBLEMATIQUE ADDICTIVE.....	25
A. PROCEDES AUTOCALMANTS.....	25
B. RECHERCHE DE SENSATIONS	27
1. <i>Recherche de sensations dans les premières consommations : phase initiale</i>	27
2. <i>Quand cette recherche de sensations devient pathologique : phase de dépendance</i>	28
C. MARQUAGE DU CORPS : UN CORPS DESINVESTI OU SURINVESTI ?	29
D. TEMPORALITE.....	30
1. <i>La temporalité structure l'individu</i>	30
2. <i>Temporalité particulière des sujets dépendants</i>	30
a. Leur ancrage dans le temps	30
b. La notion d'Immédiateté.....	32
III. LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	33
A. HISTORIQUE ET CONTROVERSES	33
1. <i>Naissance des communautés thérapeutiques</i>	33
2. <i>Arrivée en Europe</i>	34
3. <i>Difficultés d'implantation des communautés thérapeutiques en France</i>	34
B. APPROCHE SOCIO-COMPORTEMENTALISTE	35
C. LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE OU J'EFFECTUE MON STAGE	36
1. <i>Description générale</i>	36
2. <i>Population accueillie</i>	36
3. <i>Fonctionnement</i>	37
4. <i>Le projet thérapeutique</i>	38
5. <i>L'équipe pluridisciplinaire</i>	38
6. <i>Parcours institutionnel</i>	39
a. Prise de conscience	39
b. Traitement de substitution	40
c. Difficultés de l'accompagnement dans le soin des personnes toxicomanes et rechutes.....	40

D.	LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	41
IV.	PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	44
A.	LA RELAXATION.....	44
1.	<i>Cadre de l'atelier</i>	45
a.	Cadre physique concret.....	45
b.	Cadre psychique : il se situe du côté du soignant et de sa fonction.....	47
c.	Groupe thérapeutique	48
2.	<i>Déroulement des séances</i>	49
a.	Temps de travail corporel : les inductions.....	49
b.	Verbalisation	50
3.	<i>Objectifs thérapeutiques spécifiques</i>	54
a.	Champ de la conscience	55
b.	Objectifs	56
c.	Tonus.....	57
d.	Respiration	58
e.	Narcissisme	58
4.	<i>Détente</i>	59
5.	<i>Limites de cette prise en charge</i>	62
B.	REMI OU UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE EN PSYCHOMOTRICITE DANS LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE	63
1.	<i>Présentation de Rémi : histoire et arrivée dans la communauté thérapeutique</i>	63
a.	Anamnèse :	63
b.	Admission et évolution dans la communauté thérapeutique	64
2.	<i>Observations générales</i>	65
a.	Premières impressions	65
b.	Première rencontre	66
3.	<i>Proposition d'un suivi individuel</i>	66
a.	Premier entretien.....	66
b.	Objectifs	67
c.	Cadre des séances	68
4.	<i>Déroulement des séances et évolution de Rémi</i>	68
5.	<i>Relève de la prise en charge</i>	69
6.	<i>Conclusion</i>	72
C.	AUTRES POSSIBILITES D'APPROCHE DES SUJETS TOXICOMANES EN PSYCHOMOTRICITE	72
1.	<i>Le cirque comme médiateur</i>	72
2.	<i>Vers une autre approche de la psychomotricité... Réflexions plus personnelles</i>	73
	CONCLUSION	77
	BIBLIOGRAPHIE	81
	TABLE DES MATIERES	83