



**“ Je suis toxicomane dans une foule solitaire ”
(Benjamin, résident d’une Communauté Thérapeutique).
Le groupe thérapeutique en psychomotricité: support
de l’identité du sujet dit “ addicté ”**

Aline Etcheverry

► To cite this version:

Aline Etcheverry. “ Je suis toxicomane dans une foule solitaire ” (Benjamin, résident d’une Communauté Thérapeutique). Le groupe thérapeutique en psychomotricité: support de l’identité du sujet dit “ addicté ”: . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01194915

HAL Id: dumas-01194915

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194915>

Submitted on 7 Sep 2015

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricien**

« Je suis toxicomane dans une foule solitaire »

(Benjamin, résident d'une Communauté Thérapeutique)

Le groupe thérapeutique en psychomotricité :
support de l'identité du sujet dit « addicté »

ETCHEVERRY Aline

Née le 29 juin 1993 à Saint-Palais

Directrice de mémoire : MIOSSEC Audrey

Juin 2015

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier MIOSSEC Audrey, ma directrice de mémoire et maître de stage, pour m'avoir accompagnée, suivie et encouragée dans l'élaboration de cet écrit ainsi que dans ma réflexion clinique et personnelle.

Je remercie les psychomotriciennes que j'ai pu suivre durant ma formation. Leur enthousiasme, leur pédagogie et l'amour du métier ont coloré ma pratique.

J'ai une pensée pour l'ensemble des résidents des centres de soins que j'ai pu rencontrer. Je les remercie d'avoir accepté de me livrer leurs expériences. Une autre pensée va vers les équipes des centres pour leur accueil et leur gentillesse.

Je tiens également à écrire un mot pour remercier ceux/celles qui m'accompagnent de près ou de loin dans cette « tornade » d'aventures.

Azken hitz bat etxekoentzat, milesker orain arte egin dituzuen guzientzat. Zueri esker niz parte oraikoa.

Eskerrak liburuño hau irakurri duzueneri,

Adur !

SOMMAIRE

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	4
I. L'addiction et son reflet sur l'identité de la personne	8
1. Complexité du phénomène addictif	8
2. L'addiction dans l'identité du sujet	22
II. Du groupe de consommation au groupe thérapeutique	32
1. Le groupe de consommation	33
2. Les groupes thérapeutiques des centres de soins résidentiels	40
3. Le groupe thérapeutique en psychomotricité	50
III. Le groupe thérapeutique en psychomotricité auprès des sujets souffrant d'addiction	54
1. La médiation thérapeutique	55
2. Le « travail corporel de relaxation »	56
3. La relaxation, médiateur de la relation : Marc et son évolution dans la CT	67
4. L'atelier d'expression « théâtrale » ? au sein du Centre de Soins Adaptés de Prévention et d'Addiction	79
Conclusion	85
Annexe	87
Bibliographie	88
Table des matières	91

INTRODUCTION

« Quand j'étais petit, j'étais un enfant précoce. Puis je suis devenu un ado footballeur. J'ai laissé tomber mes baskets pour de l'héroïne et je suis devenu toxicomane dans une foule solitaire. Maintenant, ils [les médecins] disent de moi que je suis borderline... ».

Ce que décrit Benjamin illustre la problématique de la quête identitaire. Il cherche ici à définir qui il est, à se donner une étiquette qui le soulagera d'un poids et lui permettra d'avancer sous les règles régies par ce nom.

Avant d'arriver aux centres de soins en addictologie, l'image que j'avais des personnes toxicomanes, addictes était assez sombre. J'imaginais des groupes de personnes tatouées, percées de toute part, plutôt violentes. Cette image négative renforce le stéréotype social du drogué passif, faible et irresponsable. La toxicomanie (étymologiquement manie des toxiques = folie du poison) est une conduite déviante, elle transgresse les normes établies. Elle constitue ainsi un sous-groupe, une sous-population qui est nommée par différents termes : toxicomanes, drogués, addictes, addicts, « camés »... Aux yeux du public, les nombreuses étiquettes favorisent l'image négative, angoissante et difficilement explicable du drogué. Le sujet toxicomane fait peur. Comme si son trouble des conduites était contagieux.

Les premiers mois d'observations m'ont permis de me familiariser avec les sujets souffrant d'addictions, leurs histoires, leurs problématiques ainsi qu'avec le fonctionnement des centres de soins résidentiels en addictologie.

Les patients rencontrés durant mon stage souffrent pour la plupart de poly toxicomanie, c'est-à-dire que le niveau de dépendance touche plusieurs produits : alcool, cannabis, cocaïne, opiacés,... L'addiction fait partie de l'identité de ces sujets. Ils se définissent eux-mêmes comme étant « toxicomanes ». Leur corps est marqué par l'histoire de l'addiction (traces d'injections, accidents, violences, tatouages, dépendance physique), leur psychisme l'est tout autant.

De plus, le groupe a eu une place importante dans la vie du sujet dit « addicté ». La plupart des personnes rencontrées durant mon stage me disent être passées des groupes de consommations aux groupes résidentiels des centres de soins.

Le groupe tient une place importante dans la construction identitaire du sujet. Or, la substance psycho active va lentement créer une distance entre le sujet et cette identité. Une question m'est alors apparue :

Comment le groupe thérapeutique peut-il renforcer l'identité d'une personne souffrant d'addictions ?

La psychomotricité tient une place de plus en plus importante au sein des structures de soins en addictologie. La problématique du toxicomane se situe au croisement du corps et du psychisme. Les manifestations psychiques et somatiques peuvent être impressionnantes (exemple du craving¹: envie impérieuse et irrésistible à consommer un produit, dans une grande intensité et impulsivité). L'accompagnement en psychomotricité se fait en considérant la personne dans sa globalité. La médiation corporelle va pouvoir accompagner le sujet dans une lente reconstruction identitaire.

Winnicott nous livre que « *le sujet est un être social dès sa naissance* ». De ce fait, quel peut-être l'intérêt du groupe pour les personnes souffrant de problématiques addictives et quels sont les objectifs de cette prise en charge groupale ? Comment le groupe thérapeutique peut-il aider le sujet à prendre conscience de son corps ? En quoi le psychomotricien et le groupe peuvent-il aider le sujet présentant une problématique addictive à accéder au sentiment d'être Soi dans un groupe parmi les autres ? Comment le sujet peut-il exister dans un groupe ?

Pour répondre à ces questions, je vais dans un premier temps définir les notions de dépendance, d'addictions et d'identité. L'addiction aliène corps et esprit à la substance en question. Elle entraîne de nombreux changements. Je vais tout d'abord essayer d'expliquer les raisons de la survenue de cette dépendance. En effet, de nombreuses personnes ont déjà pu tester des substances psychoactives sans forcément en être dépendant. Que se joue-t-il

¹ ACIER. C, Les addictions, DeBoeck supérieur, 2012, p 29

alors ? Puis, je verrai que l'addiction fait partie intégrante de l'identité du sujet. Elle touche la personne dans son soi, son rapport à l'autre et à l'environnement (le groupe).

Je vais dans un second temps étudier les différents groupes que la plupart des sujets rencontrés lors de mon stage ont traversés : le groupe de consommation, le groupe des centres de soins dont le groupe de psychomotricité.

Enfin, je parlerai plus précisément du groupe thérapeutique en psychomotricité. Au sein des centres de soins que j'ai pu être amené à connaître, la parole a une place prépondérante. Des réunions ont lieu plusieurs fois par jour pour débattre et discuter autour de différents thèmes. Ainsi, il me semble que la psychomotricité est une « parenthèse de parole » pour se concentrer sur le corps, les sensations de façon à se réapproprier le corps par le travail autour de la sécurité interne, des questions de ré ancrage et de la perception de ses limites. J'expliquerai de ce fait, les ateliers mis en place en psychomotricité (relaxation et expression « théâtrale »). Dans cette partie, j'exposerai une vignette clinique, celle de Marc, homme âgé de 44ans que je rencontre dans une communauté thérapeutique.

Ma très chère héroïne,

Je t'écris cette dernière lettre afin de t'annoncer que je te quitte et que je ne suis pas prêt à te rencontrer de nouveau. Je ne te remercie pas pour toutes ces années où tu m'as fait vivre un enfer même si j'ai pu avoir quelques bons moments en ta compagnie.

J'espère que tu me comprendras et surtout que tu n'essaieras pas de reprendre contact avec moi par toutes tes injections auxquelles j'ai pu subir par le passé. Ne pleure pas, ne coule pas, ne fume pas, prend seulement conscience que ceci est un adieu et que je ne te rachèterai point.

Sur ces quelques mots, je t'abandonne à tes dealers, à tous ceux qui n'ont pas la force de te combattre.

Adieu...

Chris ²

² Lettre écrite par un résident de la communauté thérapeutique dans le cadre d'un atelier d'écriture. Dans un souci de confidentialité, les prénoms cités dans ce mémoire ont été changés.

I. L'ADDICTION ET SON REFLET SUR L'IDENTITE DE LA PERSONNE

Avant d'envisager des modalités de prises en soins et d'étudier la clinique, il convient de définir le phénomène d'addiction. L'addiction est un symptôme qui touche principalement la personne dans sa sphère bio-psycho-sociale. Divers phénomènes ont lieu dans la mise en place de l'addiction. Le sujet passe d'un usage récréatif, à un abus pour enfin arriver à une dépendance. Chris décrit cela par le passage de « bons moments en la compagnie de la substance, à un enfer ».

Je vais de ce fait, dans un premier temps expliquer le phénomène addictif. Par la suite, j'essaierai de définir ce que cette problématique engendre dans l'identité du sujet.

1. Complexité du phénomène addictif

Lorsque l'on parle d'addiction plusieurs phénomènes nous viennent à l'esprit. Dans un premier temps celui de la dépendance. Nous pouvons en ce terme nous-même énumérer diverses dépendances. Cependant, comment devient-on addictif ? Est-ce qu'une dépendance entraîne une addiction ? En quoi ces termes diffèrent-ils ?

1.1. De la dépendance à l'addiction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'addiction est « *un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements* ». La dépendance quant à elle se définit comme un état psychique et physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit³ qui entraîne des réponses comportementales. Nous pouvons donc différencier l'addiction de la dépendance : la dépendance est liée à un produit alors que l'addiction recouvre un sens plus général incluant diverses problématiques (jeux pathologiques, addictions au sport, au travail,...).

³ WOLFF L. *La toxicomanie dans l'économie du sujet*, mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricité

1.1.1. Du processus d'attachement vers la dépendance aux substances

Avant tout j'aimerais interroger la différence entre le Normal et le Pathologique. Selon Canguilhem⁴, le terme « normal » n'a aucun sens proprement absolu ou essentiel : « *Ni le vivant, ni le milieu ne peuvent être dits normaux si on les considère séparément, mais seulement dans leur relation.* » Le pathologique suit une « normativité » qui lui est propre. Un comportement devient donc pathologique lorsque l'intensité de la présence de celui-ci est trop importante. De ce fait, lorsque j'emploierai le terme de « normal », je ferai référence au développement que l'on observe le plus souvent, qui suit cette norme.

Lorsque l'on parle d'addiction, il est difficile de différencier le normal du pathologique. Nous parlons de comportements addictifs se situant sur un continuum.

Nous observons des comportements de dépendance dès la plus tendre enfance. C'est dans le regard du parent de la première interaction que l'enfant va accepter l'idée de demander de l'aide. Winnicott parle de la *fonction maternelle bienveillante*. Au cours de l'évolution des processus de maturation, la relation entre la mère et l'enfant évolue et se modifie. Winnicott distingue trois grandes phases :

- La phase de **dépendance absolue** (jusqu'à l'âge de 6 mois). La mère prête son appareil à penser à l'enfant. Elle détoxifie les vécus archaïques bruts appelés *fonction β* par Bion. La figure maternelle prête en quelque sorte son appareil psychique et pense pour lui. Elle transforme les émotions et les sensations du bébé en pensées. Bion parle d'*éléments α* pensables, tout ce qui vient donner sens à ce que vit le bébé. Winnicott parle alors de *symbiose*. L'enfant est alors sous la dépendance de ses parents. Le bébé va se sentir sécurisé, il va donc pouvoir se construire.
- Une phase de dépendance relative (de 6 à 12 mois environ). C'est le début de la séparation entre la mère et l'enfant avec l'entre deux qui correspond à l'**espace transitionnel**. Dans l'espace transitionnel on va trouver le doudou. Ce doudou emmène à l'enfant l'idée d'accepter de se séparer et va réussir à rassurer le parent. Cet espace va permettre à l'enfant de créer

⁴ CANGUILHEM G, *Le Normal et le Pathologique*, PUF.

plus tard. L'entre deux est une partie de la relation rassurante entre le bébé et les parents. Joyce McDougall⁵ parle d'activités ou de substances addictives comme substituts d'un objet transitionnel. Elle précise cependant que, si l'objet transitionnel représente le « *début de l'introjection d'un environnement à fonction maternante* », les objets d'addiction ne remplissent pas cette fonction. Selon Blondel M.P, ils s'y substituent, puisqu'ils sont censés remplacer la fonction maternante primaire manquante.

- Une phase d'indépendance ou de **séparation totale** entre la mère et l'enfant avec deux entités psychiques bien différentes. Cela amène la capacité à vivre seul. La capacité que nous avons à être seuls est en rapport avec la qualité du lien à l'autre. Ces liens prennent une dimension très importante à l'adolescence quand il s'agit de se séparer complètement des parents.

La plupart des souffrances et conduites à risques à l'adolescence (l'anorexie, la boulimie, la scarification, la tentative de suicide ainsi que les comportements d'addiction) peuvent être appelés : psychopathologies du lien. Cela montre le lien difficile que l'adolescent entretient avec l'autre et ses parents, le problème de la séparation du lien.

Nous venons de voir que chaque individu durant son développement passe par différents stades de dépendance pour tendre vers une séparation et une indépendance. Or, les personnes souffrant d'addictions restent dépendantes à une substance et ne peuvent difficilement vivre sans. Mignon P et Santamaria C⁶ parlent « *d'incapacité à être seul* » du sujet addict. La stratégie addictive serait un moyen d'éviter l'éprouver d'une solitude qui ne serait pas vécue comme étant sereine et structurée.

⁵BLONDEL MP, « Objet transitionnel et autres objets d'addiction », *Revue française de psychanalyse* 2/2004 (Vol. 68), p. 459

⁶ MIGNON P, SANTAMARIA C, « Introduction », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 3/2009 (n° 77) , p. 11

1.1.2. Etymologie de l'addiction

Selon J.L Pedinielli⁷, le terme d'addiction est un terme du vieux français provenant du latin. L'addiction, en latin « ad dicere » correspond au fait d'attribuer quelqu'un à une autre personne : *«contrainte par corps de celui qui ne pouvait s'acquitter de sa dette, il était alors mis à disposition du plaignant par le juge »*.

L'addiction que l'on entend aujourd'hui fait référence à la *« répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel, ou à une situation recherchée et consommée avec avidité »*.

Dans ces deux définitions, on remarque que le corps et la dépendance sont au cœur de la réflexion. En effet, les deux font références à une sorte d'esclavagisme qui aliène corps et esprit à l'objet. Or, dans l'addiction à la substance, l'objet est investi de qualités bénéfiques et n'est pas repoussé, il est recherché car il permet de palier l'inconfort lié au manque. L'action se fait directement sur le corps du sujet. Ce corps devient par la suite *« agent de contrainte »* selon Tapia. Le corps est ainsi actif dans l'éprouvé et dans la recherche.

Joyce Mc Dougall⁸ reprend cette notion. L'addiction serait pour elle, une lutte inégale du sujet avec une part de lui-même, comme si le sujet était esclave de lui-même.

1.1.3. Définitions de l'addiction

Goodman en 1990 nous donne la définition opératoire de l'addiction. Il semblerait que cela soit un processus *"dans lequel est réalisé un comportement pouvant 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 sa persistance en dépit des conséquences négatives »*⁹.

Dans cette définition, on voit le paradoxe du comportement addictif. Il ne peut être réprimé ni contrôlé. Il répond à une souffrance, entraîne un plaisir succinct puis, se termine par des

⁷ PEDINIELLI, J-C. et G. ROUAN, P. BERTAGNE, Psychopathologie des addictions, PUF, 1998

⁸ Mc DOUGALL, cité par BLONDEL MP dans « objet transitionnel et autres objets d'addiction » *Revue française de psychanalyse* 2/2004 (Vol. 68), p. 462

⁹ PEDINIELLI, J-C. et G. ROUAN, P. BERTAGNE, Psychopathologie des addictions, PUF, 1998 p8

conséquences négatives. Qui plus est, le sujet ne semble plus parvenir à trouver un équilibre entre différents domaines.

Plusieurs notions apparaissent ici concourant aux phénomènes addictifs : la dépendance, une perte d'équilibre liée à la recherche perpétuelle du plaisir et de lâcher prise. Cette quête du « paradis perdu » comme l'emploi Platon, peut entraîner des nombreuses détériorations physiques et psychiques.

Goodman définit de façon plus pragmatique l'addiction. Il pose alors des critères permettant de poser le diagnostic du trouble addictif quelque soit l'objet de l'addiction :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des huit critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet de comportement ou de sa préparation
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement
 - 7. Perturbation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique
 - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement¹⁰.

La critériologie de Goodman englobe la caractéristique des addictions. On peut ainsi observer des éléments relevant à la fois de la dépendance (satisfaction à un besoin, motivation, renforcement positif) et à la fois de la compulsion¹¹ (fuite, évitement, malaise

¹⁰ <http://www.reseau-addiction-cher.fr/page-criteres-de-laddiction-selon-goodman-1990-47.html>

¹¹ Force intérieure par laquelle le sujet est amené à accomplir certains actes et à laquelle il ne peut résister sans angoisse (cette résistance faisant la différence avec l'impulsion). Définition du Larousse

interne,...). La dépendance relève d'une pathologie chronique récidivante. L'arrêt de la consommation du produit est possible mais le risque de rechute demeure, car l'organisme a gardé en mémoire les éléments qui poussent à consommer.

1.2. Les différents types d'addictions

Il existe de nombreux comportements susceptibles de provoquer une addiction ainsi que des compulsions de répétition. Lorsque le niveau de dépendance est atteint, le sujet se retrouve privé de ses libertés d'actions et d'initiatives. Il est en quelque sorte sous l'emprise esclavagiste de la substance.

1.2.1. Les addictions avec substances

De multiples façons de classer les différents produits utilisés peuvent être trouvés. Nous allons étudier les effets recherchés par la prise de substance. « *Cela peut souvent en dire long sur le type de consommateur concerné et donne ainsi des indications sur la personne¹²* ». Ces différentes substances psychoactives agissent sur le système nerveux central et entraînent une altération des fonctionnements intellectuel, comportemental et émotionnel de l'individu. On peut distinguer différents types d'effets :

- Les euphorisants : ce sont des drogues qui procurent un certain sentiment de bien-être. Nous pouvons trouver parmi ces drogues, l'opium et ses dérivés synthétiques et semi-synthétiques. Les principes actifs sont la morphine et la codéine. (L'héroïne est un dérivé semi-synthétique de la morphine, une des drogues extraites du pavot). Nous pouvons y trouver également les médicaments analgésiques.
- Les excitants : drogues qui stimulent et excitent l'esprit. On retrouve les amphétamines, la cocaïne et le crack. Les anorexigènes, les médicaments coupe-faim ; certains antidépresseurs, le café, le thé peuvent également y être classés.

¹² 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, p19

- Les somnifères et les enivrants : procurent le sommeil ou l'ivresse (alcool, barbituriques, somnifères, éther, solvant volatiles).
- Les hallucinogènes : entraînent des états proches du rêve et des hallucinations. On y trouve les psychodysléptiques comprenant des substances naturelles ou synthétiques (kétamine, MDMA, LSD, sauge divinatoire,...).

Ces catégories ne sont pas étanches. Des substances comme le cannabis ou l'ecstasy sont plus difficiles à classer car elles présentent des caractéristiques de plusieurs catégories à la fois.

1.2.2. Les addictions sans substances

Des addictions peuvent être observées sans prise de substances. Il s'agit là de « nouvelles » addictions entraînées entre autres, par la société de consommation : nous pouvons y trouver les addictions aux jeux que l'on peut nommer de jeux pathologiques, à internet, achats compulsifs, au sexe, au travail,...

Dans ce travail, je vais plus particulièrement aborder les addictions avec substances car les personnes rencontrées au cours de mon stage souffraient de poly toxicomanies.

Que se passe-t-il donc dans le cerveau pour que la répétition d'un comportement ainsi qu'une substance deviennent addictifs ? Quels sont les phénomènes observables au niveau biologique ? Qu'entraîne la dépendance ? Pourquoi devient-on addict ou dépendant à une substance ou à un comportement en particulier ?

1.3. Les mécanismes de l'addiction : théories explicatives de l'addiction

Plusieurs disciplines cherchent à expliquer les phénomènes addictifs. On trouve ainsi, la biochimie, la psychanalyse, la sociologie,...

1.3.1. Le modèle neurobiochimique

Les effets des drogues sur l'organisme sont différents d'une substance à une autre et d'une personne à l'autre. Elles peuvent dépendre de plusieurs éléments : le type de drogues, la dose ingérée, son mode d'administration¹³. Ces substances psychoactives ont cependant une cible commune : le cerveau.

Les approches biologiques ont permis de décrire le processus de dépendance et d'addiction en se basant sur le modèle animal. Selon JP Tassin, « *la stimulation du système de récompense [partie spécifique du système limbique] par la libération de dopamine ne constitue pas à elle seule le mécanisme en jeu au niveau cérébral* »¹⁴.

Toutes les substances addictives ont en commun d'agir sur une partie spécifique du système limbique, le *système de récompense*. Elles activent en particulier l'aire tegmentale ventrale située en plein centre du cerveau. Cette structure reçoit de nombreuses informations de différentes régions du système limbique l'avertissant des niveaux de satisfaction des besoins fondamentaux (respiration, alimentation, maintien de la température, sexualité,...) et transmet cela vers le noyau accumbens (situé en avant du cerveau). « *Grâce à ce circuit de récompense, les actions intéressantes pour l'individu sont repérées et renforcées dans le but de les voir, à l'avenir, reproduites dans le même contexte. Le neurotransmetteur utilisé par ces neurones est la dopamine* »¹⁵.

¹³ WOLFF L, *La toxicomanie dans l'économie du sujet*, mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricité - 2013.p. 14

¹⁴ DESJARDIN-BEGON D. *Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques*. Human health and pathology. 2013. p75

¹⁵ COROMA – Neuroscience de l'addiction

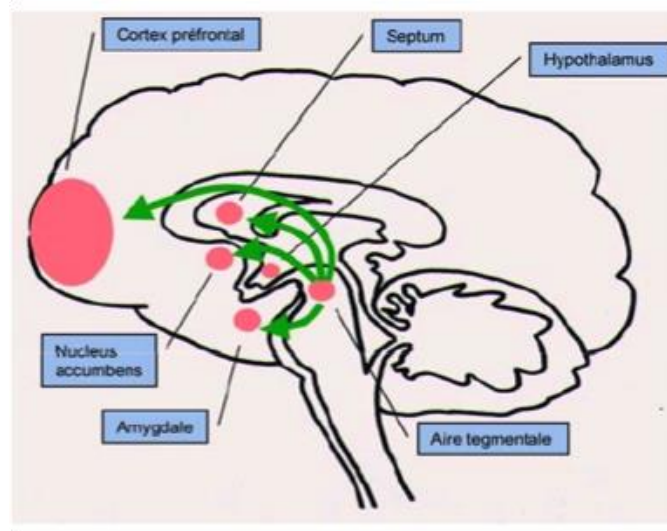


Figure 1 Le circuit de la récompense – Source : présentation du D. Joël Boiteux / Besançon.

Au sein du cerveau, quatre structures sont impliquées : le cortex frontal, l'hippocampe, l'amygdale et le septum. L'information neuronale y est filtrée. Ces structures envoient cette information vers l'hypothalamus, qui fait la liaison entre le système nerveux et la sécrétion des hormones.

Les substances psychoactives peuvent agir sur les neurotransmetteurs produits naturellement par l'organisme selon trois modes d'action :

- Imitation des neurotransmetteurs naturels par les substances (comme la morphine par exemple) qui se substituent à eux dans les récepteurs.
- Augmentation de la sécrétion d'un neurotransmetteur (la cocaïne par exemple augmente la présence de dopamine dans la synapse).
- Blocage du neurotransmetteur (l'alcool bloque les récepteurs nommés NMDA).

Les substances addictives entraînent une activation anormale et répétée du système dopaminergique. Ceci entraîne un emballement du système de récompense. Cependant, lors de comportements addictifs, le circuit dopaminergique n'est pas le seul impliqué. Chaque substance agit sur plusieurs circuits à la fois. Ainsi, pour Tassin au-delà d'un dysfonctionnement du système dopaminergique, c'est une perturbation en amont des systèmes noradrénergiques et sérotoninergique qui se produit. Les phénomènes de découplage sont observés avec tous types de produits à l'origine de la dépendance (tabac, alcool, morphine, amphétamine,...).

De ce fait, la prise de substance psychoactive va entraîner de nombreux dérèglements. « *Émotion, vigilance, plaisir, attention, mémoire vont interagir jusqu'à perturber l'identité même de la personne* ¹⁶ ». Nous pouvons donc comprendre que l'on ne puisse se limiter à une lecture uniquement biologique des addictions.

1.3.2. Le modèle psychanalytique

a. Un manque à être

Dans le modèle psychanalytique, l'addiction est observée comme étant tout d'abord un manque à être. Ainsi, J.L Venisse nous livre qu'une vulnérabilité assez précoce existe dans le développement psychique de la personne. Cette vulnérabilité « *se matérialise par un manque de confiance et de sécurité interne* »¹⁷. Ce manque se retrouve comblé par un objet dit « partiel ». En psychanalyse le terme « d'objet partiel » est utilisé car la personne est constamment en recherche de cet objet, il n'est pas fixe. Cet objet serait dans l'ambivalence entre bon et mauvais objet. Le sujet addicté se servirait de cet objet de manière à remplir ce manque, ce vide. « *Le sujet « addict » est enchaîné à son objet d'addiction du fait d'une lutte inégale avec une part de lui-même, à travers l'objet addictif* ¹⁸ ».

Joyce McDougall¹⁹ met en relief que les addictions sont un mode de défense contre la douleur psychique. Il s'agirait de prendre la substance psychoactive pour anesthésier en quelque sorte l'esprit et penser à autre chose. Ce mécanisme permet « *d'écarter les expériences psychiques intolérables car elles menacent les assises narcissiques du sujet* ²⁰ ».

Jean dira qu'il consomme du cannabis pour ne plus penser au traumatisme qu'il a vécu lors du décès de sa mère. Dès qu'une musique, une situation ou qu'une odeur lui renvoie ce souvenir douloureux, il ne peut gérer ses émotions et se sent « devenir fou ». La prise de substance lui permet selon lui de contrôler, d'oublier momentanément cet affect. Il s'isole alors et se coupe de son mal être par une parenthèse avec la réalité.

¹⁶ VERLHAC L, *Sensations et addictions : drogues et sport vus comme des désordres psychomoteurs*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012, p15

¹⁷ VENISSE J.L et REYNALD M, *L'addiction... d'abord un manque à être*, Entretien paru dans la Revue diversité n°160 mars 2010 – pp83 à 87.

¹⁸ ACIER D, *Les addictions*, Deboeck 2012, p55

¹⁹ MC DOUGALL J, cité par Acier D, dans les addictions, Deboeck 2012

²⁰ ACIER. D, *Les addictions*, Deboeck 2012, p55

Joyce Mc Dougall parle également d'*objet transitoire* pour la substance, en référence à l'*objet transitionnel* de Winnicott. L'enfant dans son processus d'individuation a recours à un objet transitionnel qui l'accompagne dans la conquête du monde réel qui l'attend. Cet objet permet en quelque sorte de supporter le manque de l'autre, l'absence. Il s'agit alors à l'enfant de trouver en soi, la sécurité interne suffisante pour pouvoir rencontrer l'autre. Cette transitionnalité est un organisateur de la vie psychique de l'enfant. La personne addictive n'aurait pas acquis la capacité à être seul, à faire face au vide, à l'ennui et d'user « *de ses capacités sans craindre un effondrement de son moi*²¹ ».

Cette peur du vide et de l'ennui est ressentie par de nombreux résidents. Ainsi, suite à un atelier d'affirmation de soi sur le thème de l'ennui animé par le psychologue de la communauté thérapeutique, les résidents arrivent à l'atelier de relaxation « embrumés ». Serge se dit ne pas savoir comment gérer l'ennui lorsqu'il est seul chez lui. Il ne peut rester sans rien faire et des envies de consommer le submergent.

David quant à lui, n'a qu'une seule envie, celle d'aller « au bistro de la rue » voir ses amis et passer un « bon moment... »

Il s'agit pour la plupart des résidents d'apprendre à vivre seul, sans l'autre, sans la substance que l'on peut comparer à une « béquille psychique ». Selon P. Assoun, « l'intoxication, est déjà un effort de faire sans l'autre ».

Dans le comportement addictif, Mc Dougall parle de « *reconstruction d'un espace et d'un objet manquants : le transitoire tentant de reconstituer le transitionnel défaillant* ». L'objet est dit transitoire car il faut le renouveler et le remplacer continuellement. Le sujet n'aurait pas introjecté de manière rassurante la fonction maternelle entraînant un certain vide, un manque devant être « rempli » par l'objet transitoire.

²¹ VAN PELT M. COURTOIS A, « La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation de l'adolescent », Psychotropes, 2007/1 Vol. 13, p. 35

b. Le mode de décharge

Selon J. McDougall, il existe différents modes de gestion des affects : un mode « interne » et un mode « de décharge ».

Dans le développement de l'enfant, les différentes émotions sont gérées par un ensemble de mécanismes. Suite à une élaboration, ces affects donnent des représentations symboliques qui peuvent se voir dans les rêves, les anxiétés,... Une certaine distance est observée entre ces affects et le comportement de la personne ce qui permet de la protéger en quelque sorte.

Dans le mode dit de « décharge », les sujets ne développent pas de modes internes, symboliques. Elles sont dans l'agir, dans le passage à l'acte permanent qui entraîne l'éjection des affects de la conscience. Le passage à l'acte introduit une notion de franchissement entre une position et une autre. Le recours à l'acte servirait ainsi à juguler la montée de l'excitation ainsi que les affects anxieux ou dépressifs qui se trouvent évacués avant même d'avoir pu être reconnus par le sujet. L'acte ou l'externalisation de la tension interne, permet une certaine chute psychique et tonique temporaire. Or, un certain « contre coup » pourra être observé : dévalorisation, dépréciation, culpabilité.

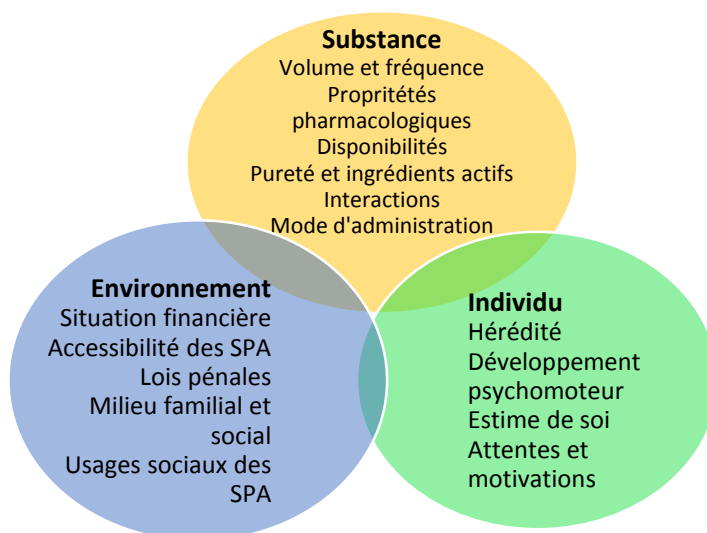
Lors de la prise en soin, nous essaierons de poser un sens sur cet acte, tout en souhaitant « *munir le patient d'une sensibilité suffisamment fine pour ressentir dès sa naissance la tension tonique et le pouvoir de moyens de contrer le processus avant qu'il ne s'emballe* » (D. Grabot).

1.3.3. Le modèle multidimensionnel

L'addiction serait un « malaise de la culture », un symptôme du trouble de la socialisation.

L'étude du phénomène d'addiction ne peut être pris en compte en se basant uniquement sur un modèle. La conception psychanalytique néglige les composantes physiologiques et sociales et propose une vision unidimensionnelle tournée vers les processus intrapsychiques. Le modèle neurobiochimique quant à lui, ne peut expliquer pourquoi tous les consommateurs de substances psychoactives ne deviennent pas « accros » par exemple. Ce modèle ne peut expliquer la raison pour laquelle le sujet va être amené à consommer.

La loi de l'effet ou triangle dit d'Olivenstein²² explique l'addiction à une substance psychoactive (SPA) comme le produit de l'interaction entre : la substance, la personne et le contexte social. L'individu est, suivant ce modèle, considéré comme bio-psycho-social. Le modèle multidimensionnel n'est pas une théorie permettant de répondre à de nombreuses interrogations. Il s'agit d'un angle d'approche nécessaire à l'appréhension d'un phénomène complexe, dans lequel le sujet est pris en considération de manière centrale.



1.3.4. Essai de théorisation en psychomotricité

La psychomotricité, peut dans ce cadre, étudier les phénomènes addictifs. En considérant le sujet comme être bio-psycho-social, nous allons donner une place centrale cette fois-ci au corps du sujet. Celui-ci se situe au centre des addictions, il est souvent mis à mal par les différents comportements que les addictions peuvent engendrer. Le corps est pris dans et par l'agir. Escande C.²³ nous livre ainsi que « *ce n'est pas la drogue qui fait le toxicomane, mais une souffrance qui se sert du corps et d'un toxique pour signifier un désir en souffrance ou une souffrance du désir* ». Il s'agit alors d'une tentative, par le passage à l'acte, de rompre avec un état psychique intolérable.

²² ACIER D. *Les addictions*, De Boeck, 2012, p.77

²³ ESCANDE C, « L'hypothèse mélancolique », *Passions des drogues*, Toulouse, ERES, «Hypothèses», 2002,p192

En psychomotricité, nous partirons de là où se situe le sujet, de ce qu'il nous donne à voir dans l'ici et maintenant. C'est ainsi que Desobeau²⁴ nous dit que « *la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est* ». La lecture de la problématique de la personne et la dynamique d'ajustement se nourrissent l'une et l'autre. Cette lecture psychomotrice, envisage le corps comme posture, comme un champ de possibilités pour le patient. Les mots ne peuvent pas toujours refléter la profondeur de la blessure de la personne. Un soin corporel, une thérapie à médiation corporelle pourra permettre une certaine recherche de sécurité interne. Ce renforcement du sentiment de soi, d'identité du patient pourra se faire en laissant émerger en quelque sorte l'archaïque, la mémoire du corps, en donnant au corps une place dans l'histoire du sujet.

Vénisse et Bailly²⁵ mettent en relief la grande importance de partir du corps lorsqu'on aborde les prises en soins des personnes souffrant d'addiction (relaxation, massage, travail de conscience corporelle,...).

Une théorie étayée par la clinique, peut permettre d'aborder certains aspects de l'addiction de manière psychomotrice. Les concepts de soi, d'identité, de groupe appartenant au champ de la psychomotricité, pourraient apporter un éclairage théorique sur la prise en soin de l'addiction.

²⁴ DESOBEAU F. « Identité et fonction du psychomotricien » Thérapies psychomotrice et Recherche n° 162, 2010

²⁵ VENISSE JL, BAILLY D. *Addictions : quels soins ?* Masson, 1997

2. L'addiction dans l'identité du sujet

Selon M. Zafiroopoulos et A. Delrieu « *en frappant tous les produits d'un même interdit: [la loi] dégage une identité commune (les toxicomanes), délimite un territoire, une marche clandestine où circulent les demandeurs de drogues douces et dures* »²⁶. De ce fait, il semblerait que la toxicomanie ou que la société, engendre une identité de groupe, voire d'appartenance.

Ainsi, j'ai pu remarquer que les personnes rencontrées au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et de la Communauté Thérapeutique (CT), se définissent par ce groupe, ce sentiment d'appartenance. Nicolas ou encore Benjamin se présentent sous un « Je suis toxicomane ». Cette étiquette permettant une présentation rapide et simplifiée semblerait être recherchée par le sujet.

De ce fait, qu'est-ce qu'une identité ? Comment se définit-elle dans l'addiction ? Est-ce que l'on devient toxicomane ? L'identité n'est-elle pas en perpétuel remaniement ? La conscience que l'on a de notre propre corps et Soi ne s'enrichit-elle pas continuellement ? L'identité groupale a-t-elle une grande place pour le sujet toxicomane ?

« *Je suis un être qui implique l'être d'autrui dans mon être* » J.P Sartre (1943)

2.1. L'identité : définition

Lorsque nous parlons d'identité, la conscience d'être soi nous vient à l'esprit. Descartes²⁷ soulignait ainsi que « *la seule certitude sur laquelle nous pouvons nous appuyer est celle de notre propre existence* ». Néanmoins, cette « certitude d'existence » n'est pas si évidente à trouver qu'elle en a l'air. Les personnes souffrant de problématiques addictives peuvent arriver à en douter, à devoir consommer des substances psychoactives pour se sentir « être et exister ».

²⁶ ZAIROPOULOS M, DELRIEU A, *Le toxicomane n'existe pas*, Anthropos, 1999, p39

²⁷ DESCARTES cité par EDMOND Marc, *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*, Dunod, Paris, 2005, p.17

La notion d'identité est complexe. Elle est au carrefour de diverses disciplines telles que la psychologie, la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie culturelle ou encore la philosophie.

D'un point de vue des sciences humaines, Mucchielli²⁸ définit l'identité comme « *un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposé par des acteurs sur une réalité physique et subjective, (...) de leurs monde vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs* ». Ainsi, l'identité serait plurielle, en interaction avec l'autre et en perpétuelle transformation.

Pour Erikson (1968)²⁹, l'identité n'existe que par le **sentiment d'identité**. Ce sentiment repose de manière non exhaustive, sur un ensemble de processus : « *le sentiment subjectif d'unité personnelle, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment de participation affective, le sentiment de différence, le sentiment d'autonomie, de self control, les processus d'évaluation par rapport à autrui, les processus d'intégration de valeurs et d'indentification* ».

La notion d'identité s'étend non seulement à une identité personnelle, individuelle, sociale et à des groupes.

En sommes, l'identité est le produit d'une relation entre **soi**, **l'autre** et **l'environnement** que l'on peut nommer de contexte, de cadre. Cet environnement est le plus souvent groupal.

2.2. « Etre soi » dans l'addiction

Etre addict, serait comme le montre B. Touzanne³⁰, « *une succession d'identité d'emprunts, pour tenter d'être par l'intermédiaire d'un objet* ». Par cette citation, nous pouvons voir que le sujet dit « addict » a du mal à Etre, à se dire qui il est vraiment, à se rassurer de sa continuité d'existence.

²⁸ MUCCHIELLI A. *L'identité*. PUF 8ème édition. Que sais-je ? Paris, 2011

²⁹ ERIKSON cité dans *L'identité*, Que sais-je ?, PUF, 2009 de MUCCHIELLI A

³⁰ TOUZANNE B, cité par MIGNON P, SANTAMARIA C, « Introduction », la lettre dans l'enfance et dans l'adolescence, 3/2008 (n°77) p11

2.2.1. Des difficultés identificatoires ?

Dans le développement dit normal de l'enfant, celui-ci apprend à se percevoir comme un sujet réel, différent de l'environnement. Winnicott donne le nom de Self au Moi lorsqu'il devient une unité différenciée de l'extérieur. Ce « Self », s'est établi durant la période de la fusion ou de la dépendance relative. L'enfant se différencie peu à peu de la figure maternelle en faisant l'épreuve de réalité et de frustrations. Le Self n'apparaît pas dès le début de la vie de l'enfant. Il serait héritier du holding. C'est parce que l'enfant a été suffisamment porté, regardé, contenu par la figure maternelle qu'il peut se séparer de celle-ci. La sécurité de base offerte par un environnement contenant permet à l'enfant de développer un sentiment de soi. Si l'environnement est angoissant et insécurisant, il semblerait que l'identification et le sentiment d'existence soient en quelque sorte fragilisés.

Les personnes rencontrées durant mon stage ont pour la quasi-totalité eu des enfances compliquées. L'origine de l'addiction est multifactorielle comme nous l'avons vu précédemment. Aucun facteur considéré isolément ne peut suffire à expliquer l'apparition d'une addiction mais « *nous pouvons dire avec netteté qu'il y a des événements spécifiques dans l'enfance du toxicomane* ³¹ ».

Eric a grandi seul avec sa mère. Celle-ci alternait entre une relation fusionnelle avec son fils (allaitement jusqu'à l'âge de 3 ans) et un rejet total : elle le laissait seul durant de nombreuses heures. Le père quant à lui, était absent autant physiquement que psychologiquement de cette relation.

Didier est passé de maisons d'accueil à foyers durant la totalité de son enfance. A l'âge de 11ans, il s'est retrouvé seul, à la rue, devant se débrouiller par ses propres moyens.

Les histoires similaires à celles de Didier et Eric existent beaucoup au sein des centres de soins en addictologie. En grandissant, l'enfant n'aurait pas eu de représentation stable des figures parentales. Il y aurait eu une difficulté dans la construction de la loi (la figure paternelle la représentant). L'environnement de l'enfant n'ayant pas été assez stable et sûr, la période de différenciation des figures parentales va être compliquée. Ainsi, le sentiment de soi semble être fragile pour le sujet addict. Une absence de sentiment de continuité de

³¹ OLIVENSTEIN C, *La vie du toxicomane*, Puf, 1991, p7

l'existence voire une précarité à être, constituent des fragilités narcissiques³². Zigante F³³, met qui plus est, en évidence qu'une relation marquée par l'insécurité pendant l'enfance est un facteur de vulnérabilité, un facteur de risque considérable pour l'avenir.

Zafiropoulos et Delrieu affirment que « le toxicomane n'existe pas », il n'y aurait pas de ce fait de structure de personnalité spécifique de « l'addicté ». Cependant, les carences affectives, les expériences traumatiques, les violences vécues aboutissent cliniquement à une image de soi dévalorisée voire un manque de confiance en soi qui peut entraîner des défaillances narcissiques. Il semblerait que les comportements addictifs s'installent sur une fragilité narcissique.

2.2.2. Le corps pris dans et par l'agir

Robinson B³⁴ nous livre que le corps est la matrice même de notre identité, « *non seulement comme image de nous-mêmes, mais aussi dans nos rapports à autrui. Cette globalisation du corps implique ainsi une individuation qui définit les limites et me distinguent d'autrui* ».

Le corps du sujet, parle de la souffrance qui ne peut trouver un autre destin que celui de la dépendance. Selon J. de Ajuriaguerra³⁵ le schéma corporel « *est édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations* ».

Cette représentation de la structuration du corps, se construit à partir de sensations aussi bien intéroceptives, proprioceptives qu'extéroceptives. Le schéma corporel est donc lié à une connaissance et une organisation somatognosique du corps et se nourrit de nos expériences corporelles, il est ainsi en perpétuel remaniement. La constitution du schéma corporel, menant à la conscience du positionnement de son corps dans l'espace, serait une phase importante de la constitution du sentiment corporel d'identité dont parle Erikson³⁶. Les

³² BERGERET J, *Toxicomanie et personnalité*, Que sais-je ? Puf, 1994

³³ ZIGANTE F, cité par LALLIER C dans *La revalorisation de l'image de soi, une réponse aux problèmes d'addiction et d'errance des jeunes*, 2012, p19

³⁴ ROBINSON B, *Corps et psychomotricité*, L'Harmattan, 2014, p63

³⁵ DeAJURIAGUERRA cité par P. ANDRE in *Corps et psychiatrie*, Edition HdF, 2004, p234

³⁶ ERIKSON cité par MUCCHIELLI A, dans *L'identité*, Puf, 2009, p26

expériences sensorielles induites par la prise de substances psycho actives, viennent modifier la représentation du schéma corporel. L'utilisation de substances viendra parasiter par exemple « le cadre spatial » de nos actes.

André décrit avec précision ce qu'il ressent lorsqu'il prend de l'ecstasy. Il a des hallucinations visuelles psychédéliques : il voit des cônes de différentes couleurs.

Benjamin quant à lui, nous fait part de la sensation de chaleur qui monte le long de son bras lorsqu'il s'injecte une substance. Celle-ci lui donne un sentiment de puissance voire d'« invincibilité ».

Les expériences corporelles vécues, la conscience que l'on a de son corps est modifié par cette prise de substance. Les limites du corps dans l'espace, les positions corporelles, les activités motrices, les expressions corporelles, nos représentations,... se retrouvent altérés.

L'image du corps, quant à elle, correspond à « *l'image que l'on se fait de soi et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* ³⁷ ». Elle est chargée d'affects et elle est fortement liée à l'estime de soi. Les modifications de l'apparence physique liées aux comportements d'addiction et les changements sur le plan social, relationnel et affectif peuvent en quelque sorte « abîmer » l'image du corps, l'estime de soi et le sentiment d'être soi. En effet, le regard de l'autre a une place importante dans l'image corporelle. Les personnes peuvent se sentir dévalorisées.

Olivenstein³⁸ décrit la phase du « miroir brisé » dans *la vie du toxicomane*. Le regard bienveillant des parents posé sur leur enfant permet à celui-ci de se regarder avec sérénité et confiance dans le miroir. Si ce regard bienveillant a manqué, le miroir « se brise » renvoyant à l'enfant une image « incomplète », dévalorisée (car n'ayant pas retenu l'attention de ses parents). « *Le rôle du produit est de se placer là en lieu et place de la brisure et de l'annuler à ce moment précis. Lorsque la drogue se trouve sur le chemin de cet enfant devenu adolescent, un choc éprouvé se produit, choc au moins aussi fort que le choc de la brisure, choc associé de la reconstitution de l'unité dans le plaisir ou plus exactement de l'annulation de la brisure... Le toxicomane sera né* ³⁹ ». La conduite addictive, et notamment l'usage de substances psycho

³⁷ POTEL C., *Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, 2ème éd, Toulouse, érès, 2012, p. 145. 33 Ibid., p. 144.

³⁸ OLIVENSTEIN C, *La vie du toxicomane*, Puf, 1991, p 36

³⁹ OLIVENSTEIN C, *La vie du toxicomane*, Puf, 1991, p 19

actives, traduit l'imaturité socio-affective qui détermine l'impossibilité de se construire une identité psychosociale véritable et solide. Le comportement addictif constitue, comme le fait remarquer McDougall, une économie psychique qui permet de supporter les conflits intra psychiques et de rester en vie ou en survie.

Les comportements addictifs, avec les nombreux changements qu'ils entraînent, viennent donc d'autant plus modifier et remanier ces deux entités (schéma corporel et image du corps). Le corps des personnes addictes se retrouve comme étant anesthésié, fragilisé voire désinvesti. Les années de toxicomanie ainsi que les violences vécues modifient le rapport que les sujets peuvent avoir vis-à-vis de leurs corps. Les drogues et les traumatismes influent sur trois registres du corps⁴⁰ : le corps en soi, le corps pour autrui et le corps pour soi.

Dans les comportements de Julie, il semblerait que le corps ainsi que le regard posé sur lui soient difficile à accepter et supporter. Elle ne prête que très peu d'intérêt à son corps et il semble qu'elle essaye de se camoufler pour qu'on évite de la voir et de la regarder. Ainsi, elle s'habille de vêtements amples et sombres. Son visage est masqué par des cheveux mi- longs. Le corps pour soi est mis à mal. Comme s'il était inconnu au sujet lui-même. Le produit est pour elle « un briseur de souci », Julie cherche à moduler affects et émotions d'un corps en relation avec d'autre corps.

Paradoxalement, il semblerait que Joséphine n'existe que dans et par le regard de l'autre. Le regard que l'autre (figure maternelle) porte sur le sujet est constitutif de l'identité. Il a une fonction miroir. Ce regard porté sur l'individu lui permet de prendre conscience de soi, de ses limites et de ses liens à autrui, d'exister. Joséphine a une allure de personnage de théâtre. Elle change d'habits quatre fois par jour et défilent au sein de la structure de soin. Elle donne une allure « faussée », jouée à l'autre. La prise de substance lui permet d'être et d'exister sans artifice, « de se retrouver » selon elle et de « se laisser aller et vivre ».

⁴⁰ HERVE F (Hébergement thérapeutique, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), cité dans le mémoire de MIOSSEC A

2.3. L'adolescence : période d'individuation

Si l'environnement n'est pas suffisamment « bon », le sujet aura du mal à y prendre appui pour s'individuer. Selon X. Pommereau⁴¹, dans la drogue le sujet va trouver « l'objet de substitution ». Cet objet serait un moyen de remplir en quelque sorte « le manque à être » dont parle Vénisse. Le sujet s'incorpore physiquement ce qu'il n'a pas pu s'introjecter par la voie de la représentation. De ce fait, durant la période de l'adolescence de très nombreux sujets commencent à consommer.

La période de l'adolescence joue un rôle important dans le processus d'individuation. Le sujet veut se différencier des « identifications de l'enfance », c'est-à-dire de ses parents. C'est en quelque sorte une période d'insertion de l'enfant dans la vie sociale de l'adulte. Il ne s'agit pas de « la crise d'adolescence » qui est un phénomène culturel mais une période de questionnements existentiels (qui suis-je, que veux-je être, devenir,...). L'adolescent doit maintenir son identité et opérer un remaniement identitaire.

Zazzo⁴² parle de dernière étape importante dans la conquête de l'autonomie. Il y a une certaine rupture entre le passé du sujet et son devenir pour tendre vers une affirmation de soi, en tant que sujet différencié. Le sentiment de sécurité interne pourra donner accès à l'autonomie. Le sujet, être bio-psycho-social est cependant tributaire de la place que sa famille occupe dans la société. Ainsi, « *les expériences du milieu familial fournissent à l'individu des cadres sociaux dans laquelle sa personnalité est appelée à s'épanouir* ». Or ces cadres peuvent ne pas être adaptés aux exigences psychiques du sujet. L'adulte en devenir, devra donc pouvoir trouver un équilibre entre différents domaines.

Benjamin est issu d'une famille plutôt aisée. Il dira avoir commencé à se droguer à 13 ans pour échapper à la pression familiale. Parents médecins et diagnostiqué comme étant un enfant précoce dès son plus jeune âge, il ne pouvait suivre ce chemin. Il a donc « commencé à se défoncer » seul, dans sa chambre en se détachant de la figure parentale.

Ici, le choix du lieu peut avoir une signification importante. Benjamin a longtemps consommé seul ou avec quelques amis dans sa chambre, à côté de ses parents.

⁴¹ POMMEREAU X, *Quand l'adolescent va mal*, cité dans le mémoire de WOLFF L

⁴² ZAZZO B, *Revendications d'autonomie chez les adolescents de milieux socio-culturels différents*, dans *Enfance*, 1961 vol14, p. 108

Selon Le Breton, l'individu aurait du mal à donner du sens à son existence, il valoriserait alors la prise de risque qui serait un moyen de se prouver à soi-même sa valeur. Nous pouvons mettre en relief, que le sujet dit addict semblerait avoir une certaine difficulté à intégrer les limites (de son corps, du cadre, de son environnement).

2.4. « L'identité de façade⁴³ » ou celle du groupe d'appartenance.

L'identité se construit dans la relation à l'environnement et aux autres. Nous venons de voir la construction et le remaniement identitaire au sein du groupe primaire c'est-à-dire familial durant la période de l'adolescence. C'est précisément au sein de groupes restreints que se développent les relations de construction identitaire.

C. Lévi-Strauss⁴⁴ disait en 1962 qu'« *une société est faite d'individus et de groupes qui communiquent entre eux* ». Autrement dit, dans notre société, le phénomène de groupe est omni présent et nous y sommes tous confrontés, à un moment de notre existence⁴⁵. Le groupe tient une place importante dans l'organisation psychique du sujet ainsi que dans le processus de socialisation. Le sujet doit s'engager activement pour aller vers l'autre, tout en s'adaptant aux attentes sociales et en s'y impliquant.

Le groupe peut avoir un effet contenant sur le sujet « *fragilisé ou influençable* ⁴⁶ » mais pourrait être inducteur de conduites délictueuses. Il s'agirait de « *commettre un délit pour rester conforme au groupe de pairs* », pour être comme les autres. L'imitation peut être un moteur dans l'évolution d'un groupe. Chaque membre du groupe peut servir de modèles par rapport aux autres. Le groupe peut ainsi avoir un rôle d'apprentissage par effet miroir. Il s'agit de faire comme l'autre pour être accepté.

Julien par exemple, nous livre avoir commencé à se droguer à l'âge de 15 ans pour faire comme ses amis et pour être accepté dans leur groupe. Il n'avait alors que peu d'amis, ses résultats scolaires étaient en chute. Il affirme être en souffrance depuis. Il ne pensait pas que ça aurait de telles conséquences.

⁴³ MUCCHIELLI A, *L'identité*, Que sais-je ?, 2009, p90

⁴⁴ LEVI STRAUSS C, in *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, pp. 328

⁴⁵ CONEJERO E, *Etre soi parmi les autres*, Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricité, 2013, p43

⁴⁶ MOYANO O, « Clinique de l'ennui et recours à l'acte : à propos de l'adolescence délinquante », *Le Journal des psychologues*, 2010/2 n° 275, p. 70

Les membres d'un groupe s'unissent dans un but commun, sous des caractéristiques similaires. Une dynamique de groupe naît entre les différents sujets. Celle-ci peut faire émerger un sentiment d'entraide entre les individus, un investissement affectif qui rend les membres du groupe solides et solidaires.

Le groupe offre ainsi un sentiment d'appartenance au sujet. L'individu a un rôle dans ce groupe. Il trouve une place qui lui permet d'exister aux yeux des autres. « *L'individu se trouve enserré dans un maillage, volontaire ou non, d'allégeances et d'appartenances qui lui impose ses comportements et lui fournit un ancrage identitaire* ⁴⁷ ». L'identité de façade se construit alors. Mucchielli A⁴⁸ la définit par une identité proposée et manipulée par un individu ou un groupe à l'intention d'autrui. Elle serait plus ou moins éloignée de l'identité réelle. Elle est ainsi une identité sociale. Les situations dites de « jugement par autrui » favoriseraient le refuge dans des identités d'appartenance. Le sujet devient alors addict, prend cette étiquette. Elle subit la marginalisation par la société.

La dépersonnalisation de l'individu peut être vue comme un des risques principal du groupe. Ce dernier va devoir trouver sa place, accepter le regard d'autrui et entrer en relation avec plusieurs personnes. Cela suppose qu'il se différencie et affirme son identité. Cependant, garder son intégrité peut être difficile dans certains cas et il se peut que l'individu perde le contrôle de la situation et s'efface au milieu des autres.

⁴⁷ ATRIUM section psychologie – La construction de l'identité

⁴⁸ MUCCHIELLI A, *L'identité*, Que sais-je ? Puf, 2009, p 90

Nous venons de voir ce qui peut entraîner la dépendance chez quelques sujets. De nombreuses études ont cherché à expliquer « pourquoi les sujets effectuent cela ». H. Becker⁴⁹ nous livre que « *ce ne sont pas les motivations déviantes qui conduisent au comportement déviant mais, à l'inverse, c'est le comportement déviant qui produit au fil du temps la motivation déviante* ».

En quoi les comportements addictifs peuvent influencer le devenir d'une personne ? Les substances psychoactives engendrent de nombreux changements au niveau du système neurologique de l'individu : des pertes de mémoire, des comportements agressifs, une certaine désocialisation peuvent être observés chez les sujets présentant des problématiques addictives... Benjamin dit qu'il est petit à petit en train de se marginaliser. Il passe d'un centre de soins en addictologie à un autre. Il s'éloigne de plus en plus de la vie pour ainsi dire et ne sait pas comment faire pour revenir en arrière. Il craint ne jamais arriver à revivre « normalement », de manière socialement acceptée.

L'identité de la personne est modifiée par ces comportements addictifs. Or cette dimension de la personne est en perpétuel remaniement et n'est jamais fixe. L'identité de la personne est construite du schéma corporel, de la conscience d'être et d'avoir un corps, de l'image du corps,...

Le groupe a une place prépondérante dans l'histoire des personnes rencontrées durant mon stage (groupe de consommation souvent marginalisé, groupes de soin, groupe thérapeutique). En quoi le groupe modifie ou soutient-il l'identité de la personne ? Quels phénomènes groupaux les personnes rencontrées ont-elles vécus ? En quoi le groupe est-il thérapeutique ?

⁴⁹ BECKER H. *Outsiders*, Etudes de sociologie de la déviance, Métailié, Paris, 1985 p64

II. DU GROUPE DE CONSOMMATION AU GROUPE **THERAPEUTIQUE**

« La toxicomanie est la rencontre entre une personne, une substance et un moment socio-culturel » C. Olievenstein

La personne présentant des comportements addictifs et souhaitant entrer dans un processus de soin passera par différents groupes. Des phénomènes groupaux s'observent dans chacun d'entre eux. La personne doit essayer de trouver sa place, d'affirmer sa position subjective d'individualité. Elle doit en même temps répondre aux exigences du groupe ou à ceux de la structure. Le sujet devra s'individualiser et mettre du sens à son parcours de soins en collectivité.

Je décrirai les différents groupes que le sujet traverse avant d'arriver au groupe de psychomotricité. Je parlerai plus particulièrement des phénomènes groupaux observés au niveau des centres de soins et dans le groupe thérapeutique en psychomotricité.

1. Groupe de consommation

« J'ai commencé bêtement, par curiosité. Je voulais voir ce que ça pouvait faire chez moi. Je suis coincé dans ça maintenant⁵⁰ ».

1.1. « Outsider » et groupe marginalisé

La plupart des personnes rencontrées lors de mon stage, me diront avoir commencé à consommer simplement avec des amis « pour essayer », expérimenter les substances psychoactives par curiosité. Nous pouvons ainsi observer les trois niveaux de consommation allant du simple usage à la conduite addictive. L'usage récréatif où le risque est acceptable pour le sujet et la société, l'usage à risque (pouvant entraîner des dommages à plus ou moins long terme) et l'addiction (perte de liberté et assujettissement à la substance). Selon P. Hachet⁵¹, la consommation semble indissociable du caractère groupal.

Nous pouvons observer une certaine marginalisation des sujets dits « addicts ». Ils vivent en dehors de la société et la société les rejettent. Ainsi, une personne alcoolique sera beaucoup plus facilement admise qu'une personne toxicomane. La légalité des substances entrent en jeu. Le fait d'être « écarté » de la société entraîne de nombreuses modifications chez la personne. Bon nombre des sujets rencontrés lors de mon stage, ont vécu à la rue pendant un certain temps. P Henry et M-P Borde⁵² nous livrent que *« n'étant plus en mesure de se voir dans le regard de l'autre, ils n'assument plus un face à face avec ce qu'ils sont devenus tandis que le manque de sommeil, l'abus de substances leur fait perdre progressivement ce qu'il leur reste de la conscience, d'idées d'eux-mêmes (...) »*.

Nous pouvons observer une certaine altération du sentiment d'être soi de la personne. Elle cherche à oublier, à nier son existence. Nous passons donc « d'une désinsertion sociale à la disqualification corporelle⁵³ ». L'exclusion, la disqualification sociale entraînent des sentiments de honte, de culpabilité, d'inutilité, de mauvaise image de soi. Ces sentiments sont

⁵⁰ Parole d'un résident

⁵¹ HACHET P, *Ivresse cannabique, illusion et processus d'introjection chez l'adolescent, Imaginaire et inconscient*, 1/2006 (n°17) p 217

⁵² HENRY P, MP BORDE cité par Anne-Françoise DEQUIRE, *Le corps des sans domiciles fixes*, p261

⁵³ Ibid

à l'origine d'une souffrance psychique⁵⁴. Beaucoup tentent de reconstruire un « nous » avec d'autres personnes en marge pour panser « les plaies psychiques ». « *Un besoin réel de lien communautaire existe* » selon Anne Guibert-Lassalle⁵⁵. Ainsi, les sujets en souffrance nécessitent une certaine reconstitution d'une unité, un corps si l'on reprend les dires de R. Kaës⁵⁶. Les sujets vont alors essayer de « faire corps », c'est-à-dire de donner une forme à l'existence du corps exposé, meurtri, blessé pour l'unifier. Puis, ils vont pouvoir « être corps⁵⁷ » qui signifie incorporer ou s'incorporer. Ceci va s'étayer sur la prise de substance, la consommation pour les membres du groupe marginalisé. « *Le fait d'être corps en groupe c'est faire corps contre l'angoisse de la séparation ou de l'attaque, contre la crainte d'être non assigné à une place dans un ensemble* ⁵⁸».

Au sein de ce groupe de consommation de nombreux apprentissages et phénomènes peuvent être observés.

1.2. Les différents apprentissages dans le groupe de consommation

1.2.1. De nouveaux mots et techniques

La fréquentation de groupes utilisant des substances psychoactives entraîne l'apprentissage de la technique requise pour produire, en fumant, en s'injectant, ou autre, des effets qui permettent une modification de la conception de la drogue. Ainsi l'apprentissage de ces nouvelles techniques peut être fait de manière explicite ou plus implicitement, par imitation.

L'imitation est l'un des précurseurs de l'identification. Dans le développement de l'enfant, celui-ci est capable de reproduire des gestes qu'il a vu faire par d'autres, comme il est capable très petit de répéter ou de reproduire ce que d'autres enfants disent. Dans le

⁵⁴ Pour D.Anzieu, la souffrance psychique est une « sensation diffuse de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence »

⁵⁵ GUIBERT-LASSALLE A, « Identités des SDF », *Études* 7/ 2006 (Tome 405), p. 45-55

⁵⁶ KAES R, *L'appareil psychique groupal*, Dunod, 2010, p58

⁵⁸ Ibid

phénomène addictif, le sujet imite les autres membres du groupe pour pouvoir par ailleurs être « créatif dans ce domaine » selon Becker.

« J'ai fait semblant d'avoir déjà fumé [de la marijuana] plusieurs fois. Je ne voulais pas que ce mec-là me prenne pour un demeuré (...). Je l'ai simplement observé de près, je ne l'ai pas quitté des yeux ⁵⁹ ».

Selon Howard Becker, c'est seulement après l'apprentissage de la technique que peut apparaître une conception de la drogue comme étant source de plaisir. Sans celle-ci, la consommation serait dépourvue de signification et donc abandonnée. Le plaisir est donc ici un phénomène qui résulte du besoin.

Marinelli⁶⁰ nous livre que faire passer sur le corps, à l'intérieur du corps, recréer un circuit sensitif, pulsionnel aide à se sentir exister, à retrouver, récupérer un corps par ces sensations fortes répond à un besoin. *« Serait-ce pour recréer une sensation première ? Un apaisement, une satiété fournis par la nourriture, l'alcool, la drogue... ? Un plaisir retrouvé, assouvi⁶¹ ».*

Pascal est un ancien alcoolique. Il est sevré depuis maintenant 18 mois. Il revient sur l'épisode qui a marqué un tournant dans sa vie et lui a permis de « se prendre en main » selon lui. Il avait comme habitude de se réveiller la nuit pour aller boire de l'alcool. Un soir où il n'avait plus de bouteille sous la main, il but de la javel. Nous pouvons observer le besoin que Pascal avait de se « remplir » pour combler ce manque insoutenable, ce besoin incontrôlable et pour se sentir être.

Comme le montre Socrate à travers l'exemple concret d'une chaîne qui le démange, le plaisir est intimement lié à son contraire la douleur. Le plaisir de consommer une substance psychoactive par exemple, se transforme en son contraire la douleur (physique et psychique) lorsque le sujet se retrouve en manque de substance. Nous pouvons alors parler de sevrage. Du point de vue d'Epicure⁶², le plaisir serait avant tout la capacité à vivre dans l'instant présent en cueillant le jour ici et maintenant.

⁵⁹ BECKER H. *Outsiders*, Etudes de sociologie de la déviance, Métailié, Paris, 1985 p70

⁶⁰ MARINELLI D, « Addictions : à corps perdu », *Le Portique*

⁶¹ Ibid

⁶² <http://www.accordphilo.com/article-35914342.html> (consulté le 15 mars 2015)

Cette morale du plaisir se retrouve aussi lors de la relaxation à travers l'idée de la concentration sur le ressenti immédiat et sur les sensations corporelles. Le sujet addict devra donc passer d'un plaisir lié à une substance à un plaisir de l'écoute corporelle et d'une prise de conscience de son intériorité.

Jean et Yves disent de nombreuses fois que l'état suivant le travail corporel de relaxation ressemble à celui de la « défonce ». Ainsi, dans ces deux phénomènes, il y a une certaine recherche ou prise en considération et en conscience, des sensations corporelles vécues sur le moment.

1.2.2. L'imitation dans la perception des effets

Dans le groupe de consommation, l'autre plus expérimenté peut guider le sujet dans cette découverte des sensations, dans cette recherche de l'état « idéal ». Il s'agit alors d'apprendre une technique et de percevoir les sensations liées à la prise de substance.

Selon Zuckerman⁶³, la recherche de sensations a un rôle important dans l'initiation à la consommation des substances psychoactives (SPA). Lors de la consommation des drogues, les sujets restent dans l'agir et se détachent de la mentalisation. Une place importante est donnée aux « sensations pures » qui correspondent à la plupart des membres du groupe. Ces sensations sont en quelque sorte débarrassées de toute élaboration psychique. Les personnes ayant comme trait de personnalité cette recherche de sensation auraient « *besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles, complexes, associé au goût et à la volonté de prendre des risques physiques et sociaux pour l'intérêt de telles expériences* ».

Cela représente un axe de travail pour le psychomotricien. La représentation permet de se détacher de l'action immédiate, de prendre un certain recul vis-à-vis de l'agir. Le travail de mise en mots et de verbalisation étayé par le thérapeute aidera le sujet à voir que ses vécus sont dignes d'intérêt pour le thérapeute.

⁶³ ZUCKERMAN cité par ACIER D. *Les addictions*, De Boeck, 2012, p65

1.2.3. Le goût pour les effets : un apprentissage ?

« Le plaisir de fumer est engendré par la définition des impressions en termes favorables, qui est transmises par les autres⁶⁴ ».

La consommation de drogues est fonction de la conception que l'individu se fait des utilisations de celles-ci. Il faut passer par un apprentissage qui se fait par la fréquentation d'un tiers initiateur. Le groupe a ici un rôle d'apprentissage. De nouvelles techniques, vocabulaire et sensations sont appris et expérimentés. Les plus « expérimentés » aident les « novices » à acquérir un certain niveau d'apprentissage : consommer de manière convenable, reconnaître les effets, prendre plaisir aux sensations perçues.

Le groupe ainsi marginalisé par ces conduites, est organisé autour de valeurs et d'activités qui s'opposent aux conventions de la société globale. Nous pouvons observer une certaine évolution de la personne concernant sa consommation. Au départ, le sujet ne consomme qu'avec le groupe, c'est alors une utilisation occasionnelle. Un mode de consommation plus systématique, plus régulier se fera si l'individu entre en contact avec « une source d'approvisionnement plus stable ».

P. Hachet⁶⁵ questionne le rapport que l'individu entretient avec le groupe de consommation par ceci : *« l'effet sédatif du produit ne risque-t-il pas d'entretenir plutôt un phénomène de « foule solitaire » où le contact avec l'autre est chimériquement établi ? »* Les relations établies au sein du groupe seraient de ce fait, illusoires ou basées autour du produit. L'identité collective peut prendre naissance lorsque les membres du groupe prennent connaissance de leur histoire collective. *« La prise de conscience d'éléments partagés au cours d'une histoire commune génère le sentiment d'identité »* selon A. Mucchielli⁶⁶.

Une fois que le sujet s'éloigne du point d'attache du groupe, il semblerait que les liens les reliant s'affaiblissent. Ainsi, Emile nous fait part de sa solitude extrême. A la suite d'un week-end passé dans son « ancien » environnement. Il nous livre ne plus rien avoir à partager

⁶⁴ BECKER H, *Outsiders – Etude de sociologie de la déviance*, Métailié, p75

⁶⁵ HACHET P, *Ivresse cannabique, illusion et processus d'introjection chez l'adolescent, Imaginaire et inconscient*, 1/2006 (n°17) p 211-221

⁶⁶ MUCCHIELLI A, *L'identité*, Que sais-je, Puf, 2009, p72

avec ses amis de « défonce ». Il n'est cependant pas encore intégré à un nouveau groupe social. Ce groupe de pairs duquel il s'est éloigné, lui assurait une identité commune, remplaçant une identité individuelle déficitaire. Emile a donc une identité à reconstruire, en acceptant et incluant son passé toxicomane et son identité hors addiction.

« Salut cher produit,

Je te fais cette lettre pour te dire que tu as détruit ma vie à plein fouet et voilà, je suis dans une CT pour me reconstruire. Mais moi je te hais. J'ai tout perdu, tout ce que j'avais. Sache par contre, que je vais me battre pour y arriver. Je sais que tu seras là, à m'attendre au tournant. Je ferai gaffe ! ⁶⁷»

⁶⁷ Lettre d'adieu à la drogue écrite par un résident

Après des années de toxicomanie et de nombreuses tentatives pour « décrocher », le centre de soins spécialisé pour les addictions devient une manière de sortir de cette addiction.

Le dispositif de soins aux addictions en France est relativement étoffé. Les addictions sont devenues un problème de santé publique. Ainsi, des plans addictions ont été mis en place de 2007-2011 et 2013-2017.⁶⁸ Trois priorités peuvent y être mises en relief :

- Fonder l'action publique sur la recherche, l'observation, l'évaluation
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques sanitaires et sociaux
- Lutter contre les trafics et contre toutes formes de délinquances liées aux consommations de substances psychoactives

La politique actuelle de lutte contre la toxicomanie vise une prise en charge globale du sujet, associant la prévention, les soins et la réinsertion. Différents lieux de prises en soins existent :

- Les points de contacts ou dispensaires de vie : accueil des personnes non sevrées pour les écouter, les informer, leur donner quelques soins infirmiers. Ces lieux permettent un premier contact avec les personnes toxicomanes
- Les centres spécialisés de soins en ambulatoires qui assurent une prise en charge globale (accueil, orientation, suivi et soin)
- Les centres spécialisés de soins avec hébergements que j'ai pu rencontrer durant mon stage.

L'accompagnement de l'individu en souffrance est primordial : accompagnement en proposant des stratégies variées en prenant en compte l'environnement de la personne. Des médiations diverses peuvent se combiner pour permettre au manque de confiance et de sécurité de trouver un certain point d'ancrage.

⁶⁸ Site de la fédération addiction : <http://www.federationaddiction.fr/parution-du-plan-gouvernemental-lutte-contre-drogue-les-conduites-addictives-2013-2017/>

2. Le groupe thérapeutique des centres de soins résidentiels

Plusieurs types de dispositifs existent pour accompagner les individus souffrant d'addiction. Le travail mis en place au sein de ces structures est transdisciplinaire. Le climat instauré est « familial ». Les membres des équipes partagent les repas, le café du matin, les goûters avec les résidents. Des tournois ou sorties organisés réunissent professionnels et résidents. L'équipe est à disposition des résidents. Ceci favorise une confiance dans le soin et dans l'échange.

J'aborderai dans cette partie, les différents centres de soins en addictologie que j'ai été amené à rencontrer en stage. Je parlerai dans un premier temps du fonctionnement de ces centres, de la place du groupe dans le processus de soin, ainsi que du groupe thérapeutique en psychomotricité.

2.1. CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie

2.1.1. L'institution et son fonctionnement

J'arrive au CSAPA le jeudi après-midi. Les lieux sont calmes. On ne voit que très peu de résidents circuler dans l'enceinte de la structure. Le CSAPA accueille 11 résidents âgés entre 25 et 40 ans. Ce centre propose une prise en charge continue, globale et individualisée dans un cadre résidentiel collectif.

L'objectif premier est de permettre aux personnes accueillies de créer les conditions d'une stabilisation somatique, sociale et psychologique suffisante pour permettre l'élaboration d'un projet de vie et la mise en place des moyens psycho-sociaux pour y parvenir. Il ne s'agit pas de séjours de ruptures mais d'un séjour de soin ancré dans un projet global intégrant la dimension thérapeutique et sociale visant une réelle réinsertion.

Les patients sont admis, après évaluation de l'équipe de la plateforme d'hébergement thérapeutique qui est composée d'un médecin, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'un coordinateur. L'évaluation initiale comprend un bilan somatique, psychiatrique, psychologique, social et une évaluation de la place des substances psychoactives dans la vie

du patient. A partir de ces différents éléments, un projet individualisé est formalisé par écrit et prend en compte les perspectives de sorties.

Le séjour au sein du CSAPA a une durée de 4 mois renouvelable une fois. Dès l'intégration, à la formalisation du projet individualisé, une réflexion est entamée pour anticiper « l'après » enfin d'éviter la dépendance à l'institution. Cet après pose de nombreux problèmes pour les résidents.

Julie vivait à la rue avant d'entrer au sein du CSAPA. Elle finit son séjour dans quelques semaines et ne sait pas où aller. Elle ne pourrait supporter de vivre à la rue de nouveau cependant les places en appartements thérapeutiques sont difficiles à avoir. Au final, elle ira vers un autre centre de soins en collectivité.

Nous pouvons voir la difficulté de passerelle d'une structure à l'autre. Les dossiers sont longs à traiter et il n'existe que peu de structure de soins en addictologie. Les sujets se connaissent donc plus ou moins dans la plupart des structures.

Maurice quant à lui, en est à son 9^{ème} mois au sein du CSAPA. Le soin va être prolongé de quelques semaines pour l'obtention d'une place en appartement thérapeutique. L'orientation vers un autre centre de soin ne serait pas judicieux dans le cas de Maurice car son soin a beaucoup avancé.

Un contrat de soin est mis en place et signé à l'admission. Cet accord préalable porte sur : l'organisation du séjour, la participation aux activités obligatoires, le règlement intérieur, les objectifs de réinsertion sociale et professionnelle.

Au sein du CSAPA, le soin est centré sur l'individu. Toute la prise en soin tourne autour de l'individu. Il s'agit de réapprendre à vivre sans substance et en suivant des règles socialement admises (prendre trois repas, se doucher, respecter les autres et soi-même). Des règles de vie et d'hygiène de vie sont réappries de manière à vivre en collectivité sainement. Cependant, le groupe tient une place prépondérante dans l'évolution du soin.

2.1.2. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire assure le suivi médical, psychologique et socio-éducatif des patients. Cette équipe est garante du cadre et peut amener le sujet à s'interroger sur le sens d'une éventuelle transgression (si transgression il y a). Par ailleurs, les réunions de synthèses hebdomadaires permettent à l'équipe au complet d'aborder la situation de résidents,

d'étudier les demandes de sorties des fins de semaines. Ces réunions constituent également un temps d'échange par rapport à divers instants de la vie institutionnelle.

L'équipe pluridisciplinaire s'engage dans une prise en soin globale du résident. Un travail d'équipe est alors possible et le résident peut entrer au sein de l'établissement en confiance. L'ensemble de l'équipe travaille ensemble dans un objectif commun.

Nous pouvoir voir en plus de cela, que le groupe des résidents est en quelque sorte guidé par l'enveloppe institutionnelle. Selon D. Houzel⁶⁹, l'enveloppe institutionnelle se caractérise par différentes fonctions :

- L'étanchéité : « ce qui se passe, ce qui se dit, ce qui se vit dans l'institution doit être gardé à l'intérieur de l'institution et ne jamais diffuser au dehors »
- La perméabilité renvoie à la possibilité d'établir des échanges avec l'extérieur, notamment avec la famille, l'école... tout en respectant la règle de l'étanchéité précédemment citée.
- La consistance correspond à la capacité à résister aux pressions extérieures et intérieures. L'institution doit faire face à toutes tentatives de déformation en maintenant une forme et une position stable, malgré la survenue possible de certaines turbulences.
- L'élasticité c'est la « *capacité... à se déformer, sans se rompre sous l'effet de pressions internes ou externes* ⁷⁰ ». Cette caractéristique renvoie à la capacité de l'institution à répondre à la demande posée, en accueillant et en contenant les souffrances du patient et celles de sa famille, souvent dissimulées sous cette première demande⁷¹.

L'enveloppe institutionnelle assure donc un rôle de contenance. Le travail pluridisciplinaire assure ce rôle enveloppant au travers de réunions cliniques, d'échanges et discussions. Ceux-ci permettent de mener une réflexion sur la pertinence des dispositifs et prises en soins mis en place pour le groupe.

Un affaiblissement de cette enveloppe, de quelques fonctions de celle-ci peut entraîner un sentiment d'insécurité de la part des résidents quant à l'institution. Les sujets

⁶⁹HOUZEL D, « Le concept d'enveloppe psychique », P 149

⁷⁰ Ibid

⁷¹ SELLINGUE-ITEMA MA « Tisser des liens au fil du groupe » : le groupe thérapeutique, une enveloppe contenante pour l'enfant instable. Human health and pathology. 2013

perçoivent les failles du cadre et ne peuvent se sentir contenus et sécurisés. Le soin peut alors être mis à rude épreuve. L'absence consécutive de professionnels a entraîné quelques perturbations dans le soin des personnes durant la période de mon stage. Nous avons pu de ce fait voir apparaître des violences, des doutes dans le soin, des prises de risque de la part des résidents. Ainsi, ceux-ci testent de manière continue la consistance et l'élasticité du cadre institutionnel.

2.1.3. Le groupe des résidents

Du fait, de la durée du séjour au CSAPA, le groupe est en perpétuel remaniement. Des résidents viennent au sein de la structure, d'autres le quittent. Nous pouvons parler de groupe à système ouvert. Cela permet une certaine arrivée d'énergie nouvelle, un remaniement de l'organisation groupale ainsi que de la dynamique de groupe.

De plus, le groupe du CSAPA peut être appelé groupe primaire ou groupe restreint. Selon D. Anzieu et J.Y Martin⁷², le groupe restreint présente entre autres les caractéristiques suivantes :

- Nombre restreint des résidents de manière à ce que *«chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ⁷³»*.
- Poursuite en commun des mêmes activités de la structure
- Une certaine interdépendance des membres et un sentiment de solidarité
- Différenciation des rôles entre les membres

2.1.4. Quelles sont les différents phénomènes groupaux observables ?

D. Anzieu⁷⁴ décrit trois grandes périodes dans l'évolution interne des groupes. Ces différents temps peuvent être observés au sein du groupe.

⁷² ANZIEU D, MARTIN J.Y, *La dynamique des groupes restreints*, PUF, 1993, p36

⁷³ Ibid

⁷⁴ ANZIEU D, cité par BLOSSIER P et al. *Groupes et psychomotricité, Le corps en jeu*, Solal, 2002, p39

La période initiale correspond à la période dans laquelle se trouvent des angoisses archaïques. Le sujet se sent menacé quant à la perte d'identité. Les membres du groupe cherchent à apparaître sous le « bon jour ».

Christian vient juste d'arriver au CSAPA. Il passe sa première semaine plutôt silencieusement, en observant les autres membres du groupe. José quant à lui me dit avoir fait beaucoup d'efforts pour paraître « quelqu'un de bien » de manière à être accepté et intégré par les autres membres du groupe. Maintenant qu'il a vu le fonctionnement du groupe et du CSAPA « ça ne sert plus à rien... » selon lui.

L'illusion groupale suit cette période initiale. D. Anzieu est le premier à développer cette notion en 1975. Cette illusion correspond à un état psychique collectif où les membres du groupe se sentent bien ensemble, ils ont le sentiment d'appartenir au bon groupe. Cette illusion est vécue comme une enveloppe qui contient le groupe et le protège de l'extérieur. L'unité se fait dans un premier temps contre le bouc émissaire puis le groupe se réunit dans une indifférenciation des membres entre eux. Chacun trouve sa place dans le groupe et « *les mauvais objets sont projetés à l'extérieur du groupe*⁷⁵ ».

L'arrivée de Christelle dans l'institution a modifié le fonctionnement et l'équilibre du groupe. Les résidents parlaient d'une illusion groupale : « on n'était que des mecs, c'était bien ! ». Le rôle du bouc émissaire est donné à Christelle. Les membres du groupe s'unissent dans la critique de celle-ci.

Enfin, nous trouvons la période de re-différenciation. Les identifications mises à mal durant cette construction de l'identité groupale vont se réorganiser à partir des identifications aux autres membres du groupe. Ce processus entraîne une ré-individualisation conduisant à reconnaître les différences entre les membres du groupe. Le groupe peut alors exister avec des membres différenciés. Les caractéristiques de chacun sont repérées, acceptées dans et pour le groupe.

⁷⁵ ANZIEU D, cité par BLOSSIER P et al. *Groupes et psychomotricité, Le corps en jeu*, Solal, 2002, p39

Cette dernière étape peut cependant sembler difficile à observer dans un groupe. L'unité de groupe se retrouve le plus souvent dans l'exclusion ou dans la considération de mauvais objet, du bouc émissaire. Celui-ci change selon la dynamique de groupe et selon l'élément moteur du groupe.

2.2. Le groupe dans la Communauté Thérapeutique (CT)

2.2.1. Historique de la Communauté thérapeutique

La communauté thérapeutique (CT) est une institution particulière et récente créée pour l'accueil des personnes toxicomanes. Elle est créée en 1958 par C. Dederich en Californie⁷⁶. Il souhaitait alors une communauté en rupture avec la société, la psychiatrie et la médicalisation. Il faudra attendre 1994 pour que s'ouvre une communauté thérapeutique financée par le ministère de la santé en France.

La communauté thérapeutique a été conçue comme un outil thérapeutique résidentiel au long cours (1 à 2 ans) au service de personnes dépendantes de substances psychoactives. La CT place le soutien par le groupe de pairs au cœur d'un projet thérapeutique. Celui-ci est fondé sur l'abstinence et vise une rupture durable avec le monde des drogues ainsi qu'une « stabilisation psychologique et une réinsertion sociale ». Les communautés thérapeutiques considèrent le milieu de vie comme étant le pivot de changement dans la vie de la personne addictée⁷⁷. L'environnement est le facteur principal de modification de la problématique et du maintien de l'abstinence. La communauté thérapeutique constitue en elle-même une méthode permettant à chacun de s'inscrire dans une démarche de soins.

2.2.2. Fonctionnement de la CT

Les objectifs thérapeutiques de cette institution sont de resocialiser et d'éliminer le style de vie antérieur de la personne en :

⁷⁶ Fondée en 1958 à Santa Monica par Chuck Dederich, un ancien businessman membre des Alcooliques Anonymes (A.A.), Synanon est la première structure résidentielle pour usagers de drogues créée aux Etats-Unis. Elle a eu une influence majeure sur le mouvement des CT.

⁷⁷ ACIER D, *Les addictions*, Deboeck, 2012.p.105

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

La logique de la prise en soin 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. Dans cette institution, c'est le groupe, la communauté qui est « thérapeutique ».

La prise en soin communautaire se base sur un emploi du temps structuré, des activités et tâches diversifiées, la prise de responsabilités progressives, l'attention portée à l'expression et à la gestion des émotions et ceci en donnant l'importance au groupe et aux interactions de ses membres.

2.2.3. Premières impressions vis-à-vis du groupe

Dans cette communauté, il y a généralement 33 résidents âgés majoritairement entre 30 et 50 ans. Il y a une sous-représentation féminine, 1 femme pour 32 hommes. Durant la période de mon stage, le groupe est passé à 15 résidents. Le groupe est ainsi passé d'un groupe large (« impossibilité d'identifier chacun, le fait d'être l'objet de regards, ... entraînant une menace pour l'identité personnelle⁷⁸ ») à un groupe restreint. La dynamique est donc différente, chaque résident peut réagir, être perçu par un autre résident. De plus, la cause de cette diminution (arrêt de soin lié à de nombreuses hospitalisations, à des activités de ventes,...), a fragilisé le groupe.

Les premiers temps au sein de la communauté thérapeutique sont décrits comme étant difficiles par les résidents. Après avoir passé une semaine à observer les lieux de vie, le fonctionnement de l'institution, les ateliers, la découverte et la nouveauté se terminent et font place à une chronicité et à de grands doutes. Ainsi, on remarque que les sujets ont du mal à gérer les tentations de la drogue, la pression des pairs et l'interdiction de sortir de la

⁷⁸ ANZIEU D, MARTIN JY, *La dynamique des groupes restreints*, Puf, 1968, p41

communauté. Durant ces premiers temps d'adaptation, le sujet peut faire le point sur sa situation, ses comportements antérieurs, ses motivations et ses objectifs.

Le groupe peut approuver ou désapprouver qui plus est, les comportements des résidents. Il a un rôle de censeur, d'aideur, d'imitation et d'identification. La transgression des règles de la CT est assortie de sanctions tandis que des comportements socialement adaptés, en respect avec les normes collectives, permettent d'accéder à des gratifications (escalade dans la hiérarchie, travaux plus intéressants,...).

Les CT offrent un traitement global. Un certain rôle de modèle, voire de guide dans le processus de guérison est soutenu par différents acteurs de la communauté : l'environnement social, les pairs, l'équipe médicale, l'enveloppe institutionnelle. Ce milieu de vie a pour objectif de conduire le patient (ou résident) vers une réinsertion sociale, professionnelle et affective.

L'organisation sociale de la communauté thérapeutique se compose d'une équipe pluridisciplinaire et d'une organisation pyramidale des résidents (phase 1, phase 2 et phase 3) qui constitue le noyau de la structure. Les résidents passent par différents paliers appelés phases (1→3) en fonction de leur évolution, de l'avancée de leur projet de vie, de la prise de responsabilités... L'objectif étant de réinscrire la personne dans une dynamique sociale pendant et après le séjour dans l'institution.

Les « anciens » résidents en phase 3 ou en phase 2 du soin ont la fonction de modèle, c'est-à-dire d'individus qui reflètent le comportement, l'attitude, les attentes de la communauté. Ainsi, les résidents donnent une place importante à l'image qu'ils peuvent renvoyer aux autres membres de la communauté.

Marc, résident en phase 2, souhaite arrêter l'atelier de thérapie avec le cheval du fait de la participation financière trimestrielle. Il est chef de groupe des résidents en soin phase 1. Du fait de son rôle au sein de la structure, il se doit de donner une bonne image « aux nouveaux résidents ». Les postes de staff donnent de nombreuses responsabilités aux résidents. Ici, Marc a un rôle de modèle identificatoire. Pour conserver cette image de pair, de chef de groupe, il poursuivra l'atelier.

Le groupe permet également l'imitation. Pouvoir prendre appui sur l'autre, « faire pareil » tout en étant différent, met en jeu l'identité. Selon Merleau-Ponty, l'imitation est un moyen identificatoire et édificateur du Moi. En effet, les résidents sont réunis autour d'une même activité, en entendant les mêmes propositions et les sensations sont différentes.

2.2.4. Les phénomènes de groupe au sein de la communauté

Marie-Gisèle Landes-Fuss⁷⁹ (1982) en parle en ces termes :

« Faire un groupe, c'est un peu comme se mettre à poil ! C'est pour ça qu'on appelle ça "le strip-tease de l'âme" !... Les groupes, c'est l'arme thérapeutique numéro un de la maison, la seule façon de modifier le comportement négatif des camés en leur apprenant à se confronter, à se projeter, à s'identifier les uns avec les autres ».

Des résidents de la communauté s'attardent à dire que la CT est comme une deuxième famille pour eux. En effet, ils passent deux années de leurs vies entourés de personnes partageant leur vie quotidienne. D. Anzieu nous livre en parlant des relations familiales que *« rares sont les groupes qui durent aussi longtemps et dont les membres entretiennent entre eux des rapports affectifs aussi intenses⁸⁰ »*. Il souligne qui plus est, que la première expérience de groupe que nous vivons (c'est-à-dire celle de la famille), constitue une source inconsciente des futures représentations des groupes que nous aurons.

J'aborderai la notion de groupe primaire ou groupe restreint pour parler du groupe communautaire. En effet, il s'agit d'un nombre restreints de personnes. Les échanges individuels sont favorisés à la poursuite de buts communs. Au sein d'un groupe primaire, nous pouvons voir que des relations affectives, une forte interdépendance des membres et un sentiment de solidarité émergent⁸¹.

⁷⁹ CASTAGNE M, « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? », *Psychotropes* 3/2006 (Vol. 12) p. 74

⁸⁰ ANZIEU. D, *La dynamique des groupes restreints*

⁸¹ Cf. II. 2.1

La dynamique de groupe tient une place importante dans un groupe. Ce concept a été inventé par Kurt Lewin en 1944. Les conduites humaines seraient la résultante du champ non seulement des forces psychologiques individuelles mais des forces propres au groupe auquel l'individu appartient. Ainsi, la dynamique groupale s'intéresse à l'ensemble des composantes et des processus qui interviennent dans la vie du groupe.

Bastien et les résidents en phase 1 de soin, se plaignent du peu de membres dans « leur » groupe. Ils sont passés de 11 sujets à 5 personnes en phase 1 en moins d'un mois. Dave et Victor ont quitté le centre. Le manque était devenu pour eux insoutenable. Selon X. Pommerau, lorsque le raisonnement et l'affectif se mettent au service du besoin : tout est bon pour consommer.

Jean, Sam et Cécile quant à eux ont dû être hospitalisé en Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) du fait d'une labilité émotionnelle trop importante, d'hallucinations et de dépression... On pourrait alors croire que la drogue les protégeait en quelque sorte, elle était pour eux une sorte d'automédication. En supprimant cet apport, les symptômes des troubles psychiques peuvent réapparaître.

Ainsi, les « phases 1 » ne se retrouvent qu'à trois en relaxation avec une ambiance de groupe lourde et pesante. Les éléments moteurs du groupe des phases 1 sont passés en phase 2. Le groupe se retrouve alors déconstruit. Les questionnements quant à l'utilité de leurs soins sont omni présents dans leurs discussions. Les résidents en phases 2 ainsi que l'équipe soignante doivent alors offrir un cadre contentant, rassurant et sécurisant aux autres membres du groupe « phase 1 ».

Des difficultés de l'accompagnement dans le soin des personnes toxicomanes et les nombreuses rechutes influencent la dynamique de groupe ainsi que le projet de soin du résident. Le désir insoutenable de renouer avec la vie d'avant peut mettre le soin d'une personne souffrant d'addiction en péril. Pour « contrôler » cette addiction, différents moyens et étayages sont mis en place au sein des centres de soin; la psychomotricité en fait partie.

3. Du groupe social au groupe thérapeutique : la communauté au service de l'identité en psychomotricité

Les professionnels de santé sont invités à penser et à utiliser le groupe dans des contextes institutionnels comme nous l'avons vu précédemment. L'institution constitue déjà une enveloppe groupale. Celui-ci est amené à fonctionner comme une structure d'étayage. Le groupe de soin ou encore le groupe en psychomotricité peuvent être dits thérapeutiques.

3.1. Le groupe thérapeutique : définition

L'adjectif « thérapeutique » peut renvoyer à de nombreuses significations. Cela va ainsi de l'atténuation de symptômes jusqu'à un changement dans les lignes de conflictualité principales.

D. Marcelli compare le groupe à « *une métaphore de béquillages de contenance que le corps social impose à l'individu. Quoique l'on fasse notre personnalité rencontre toujours les limites et les contraintes de la pulsionnalité de l'autre* ⁸² ». Ainsi, l'un des principaux éléments thérapeutique de la prise en charge groupale est la dynamique relationnelle qu'offre la situation de groupe.

Une expérience en groupe peut être de ce fait, souvent thérapeutique dès que la bienveillance est maître mot du « rassemblement groupal ».

Ceci peut être mis en relief par l'expérience de Julie en travail corporel de relaxation.

Au début de la prise en soin, Julie ne prenait jamais la parole, elle attendait que tout le monde ait parlé pour oser dire deux mots sur son état corporel. La verbalisation se faisait, tête baissée, regard fuyant et avec une voix à peine audible. Petit à petit, elle a su trouver sa place au sein du groupe, oser prendre la parole et affiner ses dires. Il lui est même arrivé de débiter les verbalisations.

⁸² MARCELLI D cité par BLOSSIER P et al. *Groupes et psychomotricité, Le corps en jeu*, Solal, 2002, p19

3.2. Le groupe en psychomotricité

Selon C. Potel⁸³, « *la psychomotricité offre des possibilités de mise en jeu relationnel et d'espace transitionnel intéressants et créatifs* ». Les pratiques groupales offrent un espace transitionnel articulant l'individu et le groupe. Qu'en est-il en psychomotricité ?

Si nous essayons de définir la psychomotricité, plusieurs définitions viendront à nous. Ainsi, c'est une psychothérapie à médiation corporelle. De plus, « *la psychomotricité résulte de l'intégration en synergie des fonctions relatives au tonus musculaire, liées au mouvement, des fonctions sensorielles, mentales dont les fonctions psychomotrices, émotionnelles, perceptuelles, cognitives et des fonctions psychiques du sujet dans son évolution. Tout au long de sa vie, le sujet se structure, construit et modifie ses représentations à partir de cette synergie et de ses propres relations et interactions avec l'environnement* ⁸⁴ ».

En sommes, la psychomotricité pose l'indissociabilité du corps et du psychisme. Le corps est vecteur d'expression.

Au sein du groupe thérapeutique en psychomotricité, chaque membre du groupe trouve sa place autant verbalement que corporellement. Lors de la relaxation, le résident pourra trouver sa place en plaçant son tapis au sol, en exprimant ses ressentis, en prenant la parole, dans sa manière d'être et de paraître. Les différents échanges dans le groupe sont autant du registre verbal que corporel et sont toujours au service de l'être. « *Etre soi en relation avec les autres* ⁸⁵ ». Le groupe peut alors être vu comme un outil d'individuation, de différenciation et d'autonomisation.

Le processus groupal va passer par différentes étapes. F. Leplat⁸⁶ les décrit sous :

- la mise en groupe et sa constitution avec ses manifestations (excitation, levée du pulsionnel, sentiment menaçant de perte d'identité)
- le moment de recherche du mauvais objet

⁸³ POTEL C, « *Etre psychomotricien* », Eres, 2002, p381

⁸⁴ CEDIFP (<http://www.snup.fr/download/reingenierie-psychomotricien-28-01-12.pdf>)

⁸⁵ POTEL C, « *Etre psychomotricien* », Eres, 2002, p381

⁸⁶ LEPLAT F, *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°162-2010, p108

- le temps de l'illusion groupale
- pour aboutir à celui de la différenciation et de la séparation, la fin du groupe.

Le groupe en psychomotricité va soutenir un processus selon F. Leplat⁸⁷. Il soutient ainsi la construction et la consolidation d'un moi psychomoteur. Ce moi psychomoteur peut être défini par le sentiment de soi qui est construit sur la capacité à s'éprouver à partir d'expériences engageant le corps en relation, au travers de variations et modifications toniques et posturales, initiées dans le partage émotionnel. Ce moi psychomoteur peut servir d'ancrage à la conscience du corps propre et ceci en relation. Le groupe permet ainsi un partage d'expériences, d'émotions dans un espace contenant.

Enfin, je reprendrai la citation de Courberand « *Accueillir, contenir et transformer ce qui s'agite et s'agit, dans et par les corps, serait le vœu thérapeutique le plus important, mais aussi le plus humble, du travail des groupes en psychomotricité.*⁸⁸ » Le psychomotricien va ainsi être réceptif psychiquement et physiquement à ce qui dit, ce qui se vit dans le groupe, tout en étant attentif à ses propres mouvements émotionnels et corporels. Les limites posées du cadre groupal permettront d'offrir une sécurité de base, une contenance aux différents membres du groupe. Enfin, le groupe, « en prenant appui sur les processus d'accueil et de contenance, est amené à travailler comme un appareil de transformation⁸⁹ ».

⁸⁷ LEPLAT F, *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°162-2010, p102-114

⁸⁸ COURBERAND D., « Les groupes thérapeutiques en psychomotricité », in Thérapie Psychomotrice n°163, 2010, p91

⁸⁹ SAVARIEAU E. "Je suis, Tu es, Nous sommes..." Accueillir, contenir et transformer en ' groupe de psychomotricité. Human health and pathology. 2014, p66

Nous venons de voir les différents groupes qu'une personne toxicomane traverse avant d'arriver au groupe thérapeutique de psychomotricité. Chaque groupe enrichie l'identité de la personne. Les consommations abusives, les conduites addictives entraînent des changements dans la manière d'être un corps, de se sentir être et vivre, dans les relations ainsi que dans l'apparence physique de la personne.

Durant ce stage, j'ai été « plongée » au cœur d'une population toxicomaniaque, entourée d'équipes pluridisciplinaires. Au fil des semaines et des réflexions, je me pose la question, de la manière dont le groupe thérapeutique peut renforcer l'identité du sujet souffrant de conduites addictives ? Le sentiment d'être soi, d'être un corps semble être fragile chez ces sujets. Le groupe en psychomotricité peut-il les aider à renforcer ce sentiment ? Par quelles manières ?

Je vais donc à présent m'intéresser à la question de l'apport de la psychomotricité en groupe pour des patients poly-toxicomanes. La clinique des conduites addictives met en relief la recherche de diverses sensations. Il s'agirait par ces conduites d'exister dans l'immédiateté d'un vécu aux dépens d'une élaboration psychique⁹⁰. Ces sensations corporelles peuvent être ressenties en relaxation. Selon G. Pous, la difficulté n'est pas alors de sentir son corps mais d'investir d'affects une sensation signifiante. Je vais de ce fait, étudier l'utilité de cette médiation avec les sujets souffrant de problématiques addictives. Puis, j'aborderai l'atelier d'expression « théâtrale » que j'ai essayé de mettre en place au sein du CSAPA.

⁹⁰ MIOSSEC A, *De la dépendance vers l'identité*, Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien 2006, p. 34

III. LE GROUPE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES SUJETS SOUFFRANT D'ADDICTION

« Ma chère et tendre héroïne, je t'écris parce que tu me manques, mais petit à petit, j'apprends à vivre sans toi... ⁹¹».

Au sein des centres de soin en addictologie, la psychomotricité occupe une place particulière. En effet, les activités en groupe s'enchaînent dans les institutions. Les résidents doivent se livrer, créer, parler,... La psychomotricité, de par l'atelier de relaxation animé par la psychomotricienne et moi-même, laisse un temps de « pause » aux résidents. Ceux-ci peuvent se sentir être un corps durant ce temps.

Les conduites addictives ont amené le sujet à désinvestir son corps. Il est devenu lieu d'injections, de piqûres, de marquages en tout genre, de blessures, de violences,... Comme si le corps occupait une place particulière et comme si il existait de manière morcelé. Le bras lieu de l'injection, le nez pour le « sniffage », les poumons pour les fumeurs... Une réelle coupure semble être présente entre le corps et l'esprit. Comme si la substance permettait au sujet d'exister en niant son identité, et en lui permettant d'être quelqu'un d'autre. Selon D. Marinelli⁹², le sujet dit addicté « *fait passer sur le corps, à l'intérieur du corps, recrée un circuit sensitif, pulsionnel pour se sentir exister, pour retrouver, récupérer un corps par ces sensations fortes* ». La perception sensitive est ici en quelque sorte à l'état brut et artificielle.

La prise en soin psychomotrice par l'atelier de relaxation entre autres va permettre une certaine prise de conscience corporelle. Une fois qu'un réinvestissement du sentiment de soi sera perçu, le sujet pourra aller vers l'autre. Il pourra se vivre en relation avec l'autre. Je vais donc étudier la place de la médiation en psychomotricité avant d'aborder les ateliers de relaxation et d'expression « théâtrale ».

⁹¹ Extrait d'une lettre écrite par un résident.

⁹² MARINELLI D, « Addictions : à corps perdu », Le Portique [En ligne], 10-2002, consulté le 5 mars 2015

1. La médiation en psychomotricité

Selon C. Potel, « *une médiation thérapeutique est une proposition de rencontre autour d'un objet d'investissement partageable et partagé*⁹³ ». Elle se définit par un lieu, un temps, une personne qui la représente, une activité.

L'utilisation de différentes médiations enrichit le métier même du psychomotricien. Le médiateur crée un espace entre soi et l'autre grâce à un partage commun. Cette médiation peut être aussi bien corporelle ou faisant intervenir un objet. Ceci dit, elle propose un espace « entre », un objet commun à partager, à créer, sorte de témoin de la relation existante entre les membres d'un groupe. Cet espace fait référence à « l'espace transitionnel » de Winnicott.

Plusieurs questions doivent être abordées avant l'utilisation d'une médiation. En quoi cette médiation est-elle thérapeutique ? Qu'est-ce que cette médiation pourra mettre au travail chez le patient ? Pourquoi utiliser cet intermédiaire plutôt qu'un autre ?

Il sera plus aisé pour le psychomotricien de se sentir à l'aise dans la proposition de cet « espace entre » car les résidents iront tester le cadre et les limites de celui-ci par divers phénomènes groupaux (illusion groupale, bouc émissaire,...). Il faut qui plus est, avoir mis du sens à ce qu'on propose pour pouvoir garantir un cadre cohérent aux résidents.

« Ce sont les conditions de notre dispositif – qu'elles soient du côté du cadre et de nos moyens d'action ou qu'elles soient du côté de la pensée sur notre travail d'élaboration théorico-clinique – qui garantiront que ce qui s'engage entre le psychomotricien et le patient devienne suffisamment investi pour qu'il y ait véritable processus de soin⁹⁴. »

C'est alors une alliance thérapeutique qui va se tisser petit à petit autour de ce médiateur acceptant le médiateur et la rencontre.

⁹³ POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, ed In Press, 2000.

⁹⁴ POTEL C, *Introduction aux médiations psychomotrices*, cours de la salpêtrière

2. « Le travail corporel de relaxation »

« Moi dont je ne sais rien, je sais que j'ai les yeux ouverts à cause des larmes qui en coulent sans cesse. Je me suis assis, les mains sur les genoux : à cause de la pression contre mes fesses, contre les plantes de mes pieds, contre mes mains, contre mes genoux... Il est bon de s'assurer de sa position corporelle dès le début, avant de passer à des choses plus importantes. »

Beckett, l'innommable

2.1. Définition de la relaxation

« Le mot relaxation est ancien dans la langue française (12^{ème} siècle) avec le sens initial de « pardonner ⁹⁵ ». Il conservera cette valeur morale dans l'expression juridique « relaxer », synonyme de remettre en liberté ».

Ces notions de « remettre en liberté » et de « pardonner » sont intéressantes dans la prise en soin des personnes addictes. En effet, nous avons vu que le terme d'addiction du latin « ad dicere » correspond à une sorte d'esclavagisme qui aliène corps et esprit à l'objet⁹⁶. La relaxation permettrait, si l'on s'appuie sur l'étymologie de ces termes, de libérer les corps des sujets de l'assujettissement aux substances.

« La racine première du mot, empruntée au latin relaxatio qui signifie le repos, la détente, se mêlera au 19^{ème} siècle, à l'ancien français relanssacion, terme de médecine signifiant « l'action de relâcher, de desserrer un pansement », pour prendre quelques siècles plus tard, son sens actuel de « décontraction musculaire ⁹⁷ ».

2.2. Cadre de l'atelier de « travail corporel de relaxation »

Plusieurs définitions peuvent être données au cadre. En effet, celui-ci peut être une bordure, un lieu, un espace,... Il va ainsi délimiter la séparation entre le dedans et le dehors. X. Pommereau⁹⁸ définit le cadre thérapeutique comme le support voire le châssis, qui constitue la structure de l'espace de soins. Il est donc question de contenance et de souplesse.

⁹⁵ BRENOT P, *La relaxation*, Que sais-je ? PUF, 1998, p7

⁹⁶ Cf. I. 1.1.1 (p8)

⁹⁷ BRENOT P, *La relaxation*, Que sais-je ? PUF, 1998, p7

⁹⁸ POMMEREAU X, *adolescents difficiles : entre autorités et soins*

C. Ballouard⁹⁹ définit alors le cadre en psychomotricité par ces termes : « *un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* ».

Par ailleurs, deux types de cadre peuvent être mis en relief selon C. Potel : le cadre physique (horaire, lieu, fréquence, type de médiation utilisée,...) et le cadre psychique. Celui-ci fait intervenir entre autres, les postulats théoriques, la fonction contenante, la fonction de miroir et celle d'étanchéité.

Je vais à présent aborder différents points de ce cadre.

2.2.1. Le nom de l'atelier

L'atelier de relaxation animé par la psychomotricienne est appelé « travail corporel de relaxation ». En effet, la représentation de cet atelier faisait référence à celle de sieste et de sommeil pour la plupart des soignants et des résidents. Les préalables de la relaxation qui sont celles de l'immobilité, de la fermeture des paupières, le calme et la focalisation sensorielle vont induire des modifications de l'état de conscience et du niveau de vigilance. Les résidents pourront alors décrire un état proche ou dans la limite du sommeil.

Ainsi, le nom de « travail corporel » a été lié à celui de relaxation. Cette appellation renvoie une image plus valorisante du travail effectué en prise en soin psychomotrice. De plus, ce nom permet aux résidents de se projeter dans quelque chose de différent de la disqualification ou de la destruction.

2.2.2. Cadre spatio-temporel

Le « travail corporel de relaxation » se déroule dans une salle extérieure aux deux structures, tous les jeudis, à la même heure. Il est intéressant d'observer que la « parenthèse » ou la « respiration dans un emploi du temps dense » décrite par les résidents du CSAPA et de la CT et correspondant à l'atelier, se déroule dans un espace différent de leur lieu de vie. Ainsi,

⁹⁹ BALLOUARD cité par SELLINGUE-ITEMA M-A. « Tisser des liens au fil du groupe – Le groupe thérapeutique : une enveloppe contenante pour l'enfant instable », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2013, p62

le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.

2.2.3. Structuration de l'atelier

Chaque séance de travail corporel de relaxation se divise en quatre temps :

- Un temps d'installation dans l'espace de la salle
- Une phase de prise de conscience de son état corporel
- Une phase en position immobile, d'induction verbale durant laquelle nous mettons une musique.
- Enfin, un temps de verbalisation, de mise en commun de ce que chacun a éprouvé pendant la phase d'induction verbale. Le travail de mise en mots, permet de prendre conscience et d'identifier ses ressentis ainsi que sur son état corporel. Ainsi, la « fracture » entre esprit et corps semble se réduire par cette verbalisation.

2.3. Tonus et respiration : au cœur de la relaxation

La position allongée, la mélodie de la musique, la prosodie,... tous ces éléments peuvent favoriser un abaissement du tonus de la personne. Les résidents des centres pourront décrire ces modifications du tonus, par des sensations de poids, de chaleur, de volume, de laisser-aller.

Le tonus a une place centrale dans le développement du sujet. Reich utilise la métaphore de la cuirasse (quelque chose que l'on met sur soi qui est sûr et résistant et qui nous protège des agressions extérieures). Cette cuirasse serait construite sous deux versants : l'un caractériel et l'autre musculaire. Cette tonicité musculaire qui tient le corps va se construire au fil du développement, et à chaque expérience, à chaque contact avec le milieu, le sujet va construire une contraction musculaire. Selon Reich, « *à l'adolescence ou à l'âge adulte, lorsque par la relaxation, on dissout une rigidité musculaire, on libère de l'énergie et on ramène à la mémoire la situation infantile qui est à l'origine de la tension musculaire.* » De ce fait, il semblerait que chaque élément de cette tonicité musculaire contienne le souvenir de l'expérience positive ou négative qui est à l'origine de cette tension, et l'émotion qui va avec.

Ainsi, Christian lors de la relaxation reste dans une hypertonicité constante. Des tremblements peuvent apparaître au niveau de ses membres inférieurs et supérieurs. Il dit n'avoir pas assez contrôlé les événements de sa vie lorsqu'il le pouvait. C'est la raison pour laquelle, il refuse de lâcher-prise. Par son contrôle du tonus, il semblerait qu'il taise le langage de son corps.

Sapir¹⁰⁰, nous livre que « *toute technique s'exerçant sur le tonus musculaire et visant son relâchement* » peut être nommé relaxation. « *Il va de soi que toutes réagissent sur la personnalité dans sa totalité, provoquant des positions affectives et libidinales* ». Chaque personne investira la relaxation d'une manière différente car celle-ci met en jeu la personnalité, l'identité, le soi de la personne.

La relaxation met l'accent sur l'écoute et l'attention portée au corps. Le résident du centre de soin en addictologie, pourra être aidé par la relaxation à reprendre une certaine maîtrise corporelle et plus particulièrement du tonus. Les dires des sujets pourront s'appuyer sur les sensations corporelles, sur la réalité de leur corps perçu.

Dave arrivera à décrire précisément ce qu'il ressent au niveau de son corps lorsqu'il est angoissé : il pourra nous dire si cette anxiété se retrouve au niveau de son ventre, de sa gorge, si ses mains sont moites... La perception qu'il a de ses sensations lui permet de mettre en place des réponses ajustées. Parmi celles-là, nous avons la conscience de la respiration.

L'ajustement du tonus est intimement lié à la respiration. Lorsque le tonus de la personne s'abaisse, nous pouvons observer un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire de la personne et inversement. La respiration permet de faire le lien entre l'intérieur du corps et le monde extérieur. Cette respiration est reliée à l'intériorité et davantage à l'intimité du corps.

¹⁰⁰ SAPIR M, *La relaxation son approche psychanalytique*, cité dans le mémoire de MIOSSEC A.

Le mouvement de respiration implique tout le corps. Ce mouvement global agit sur la détente aussi bien musculaire que psychique. Le fait de porter l'attention du sujet sur sa respiration, permet de se relier à l'intérieur du corps. La généralisation à tout le corps contribue à la sensation d'unité corporelle, à la prise de conscience de limites corporelles. Le fait d'être attentif à sa respiration et d'en avoir conscience, peut être utile pour pouvoir lâcher prise, se détendre et moduler les états émotionnels et affectifs.

André décrit sa respiration comme étant angoissante. Quand il y pense, il sent le vide en lui, il a l'impression qu'il ne peut la contrôler. Lorsque je propose de centrer l'attention sur les différents temps de la respiration, je remarque qu'André prend de grandes inspirations. Son visage se crispe. Lors de l'expiration, il souffle de manière audible. Son corps, et plus particulièrement son tonus, semblent s'abaisser.

Durant, le temps de verbalisation, il dit au groupe que la prise de conscience de ce mouvement lui a permis de voir qu'il pouvait avoir un contrôle sur sa respiration, qu'il pouvait la moduler. Ceci semble le rassurer.

Durant les temps de relaxation, le psychomotricien s'intéresse à la personne dans sa globalité et son unicité. Il accorde suffisamment d'importance au sujet, à ce qu'il a pu exprimer de son ressenti pour l'inciter à prendre soin de lui et de ses perceptions. Celles-ci sont considérées comme étant dignes d'intérêt. Nous devons alors aider la personne à assumer, assimiler, accompagner cette expression après l'avoir reconnue. Ceci peut provoquer un effet renarcissant et valorisant pour le sujet toxicomane qui est toujours enclin à une fragilité narcissique car il a une très mauvaise image de lui-même.

Nous pouvons faire le parallèle avec la *fonction α* de Bion. Le psychomotricien détoxifie les vécus archaïques du sujet pour l'aider à rendre cela supportable. Le sujet souffrant de problématique addictives, s'adresse au thérapeute. Il est dans une intersubjectivité. Il quitte en quelque sorte la solitude du produit.

Dans la toxicomanie, « *le corps est touché de plein fouet* » selon D. Marinelli¹⁰¹. Il est traversé, transpercé, piqué, troué,... Les sensations liées à « *la liqueur magnifique* » entrée dans le corps peuvent paraître positives et entraîner des éprouvés recherchés mais au long

¹⁰¹ MARINELLI D, « Addictions : à corps perdu », *Le Portique*, 2002

terme, elles entraînent assujettissement du sujet à la substance. Lors du temps de relaxation, le résident apprend à prendre soin de son corps.

Bernard prend le temps de placer une couverture sur son matelas, sur ses jambes et met un coussin sous sa tête. La couverture est un objet doux permettant de créer une enveloppe contenant et agréable. Thierry quant à lui, vient en séance avec deux oreillers lui appartenant. Il enlève soigneusement ses chaussures et les places au pied de son tapis.

Il semble que ce soit « *une renarcissisation par l'attention que porte le relaxateur sur le corps du relaxé*¹⁰² ». Les résidents prennent soin du placement dans la salle, du confort de leurs corps. Le travail corporel de relaxation peut permettre un réinvestissement du corps qui accompagne la restauration narcissique.

2.4. De la prise de conscience corporelle à la recherche de l'identité

La relaxation permet un retour aux sensations, sentiment d'unité corporelle. Se retrouver durant un instant face à soi-même, à son intériorité, à l'écoute de son corps et de ses ressentis corporels permet de travailler sur cette sensation d'unité.

2.4.1. De la dépendance chimique à la dépendance « relationnelle »

Les résidents des centres de soins en addictologie, s'allongent sur leurs tapis dans la salle de sport. Le résident choisit son tapis et ce qui lui semble être nécessaire pour être bien installé (coussin, couverture, différents tapis). Chacun utilise l'espace par rapport à l'autre. Bernard se place en hauteur sur un tapis de course, loin des autres, Marc quant à lui se place au milieu de la salle. Le placement dans l'espace est libre à chacun. Nous pouvons remarquer que les résidents reprennent les places habituelles, « les leurs », celles qui leurs permettent de se détendre et de se centrer sur leurs sensations.

Lorsque les sujets sont installés sur leurs tapis, ils sont alors placés sous le regard de la psychomotricienne ainsi que du mien. Les résidents exposent leurs corps, à notre regard et à

¹⁰² M. GUIOSE, *Relaxation thérapeutique* cité dans le mémoire de I. WOLFF *la toxicomanie dans l'économie psychique du sujet*.

notre voix. Au cours des premières séances de relaxation, ceci peut être difficile pour les « nouveaux » venus, une certaine position régressive (spatiale) devant être acceptée.

Selon Gaudriault et Maillet, « *la souffrance psychique empêche d'accéder à la tranquillité d'esprit, à la concentration passive (Schultz) nécessaire pour se centrer sur les ressentis de leurs corps* ¹⁰³ ». Cependant, le résident arrive petit à petit à investir le groupe, la médiation et les inductions proposées. La souffrance psychique laisse alors place à un temps centré sur une écoute corporelle unificatrice.

Patrick lors de la première séance, se place dans un coin de la salle et observe les autres résidents se positionner dans l'espace. Une fois que chacun a mis son tapis au sol, il en prend un et s'adosse contre un pan de mur.

Patrick prend le temps qu'il lui est nécessaire pour accepter cette relation de dépendance. Il semble s'assurer de notre position de thérapeutes bienveillants. Il garde ses yeux ouverts durant une bonne partie de l'induction verbale acceptant à la fin, de se laisser aller à la voix du psychomotricien.

Les différents éléments du cadre tiennent une place importante dans l'investissement de la relaxation. Nous pouvons nous questionner sur les rituels de l'atelier qui permettent d'assurer et de rassurer le résident.

Ainsi, Hamzad nous livre qu'il est dans l'incapacité de se relaxer seul dans sa chambre. Pour atteindre cet état de pause, de « remise en liberté », ils lui sont nécessaires la musique, la voix de la psychomotricienne ou la mienne, la présence des autres résidents.

La voix est ici un contenant, un liant entre le résident et nous. Par son timbre, sa texture et par le bain de mots utilisé, la prosodie de la voix offre une contenance au sujet.

Hamzad nous expose ici la difficulté qu'il a d'être seul. Il a besoin de l'étayage qui passe par le rituel de l'atelier. La question du maternage pourrait être abordée ici. Il semblerait qu'Hamzad ait besoin d'être bordé voire porté par le contenant extérieur c'est-à-dire par l'environnement (résidents, thérapeutes, matériel).

¹⁰³ Gaudriault Pierre et Maillet Catherine, « Limites et ouvertures dans la relaxation de groupe », in Jean Marvaud, *Relaxation L'Esprit du temps « Psychologie »*, 1995 p. 259-265.

Pour pouvoir exporter cette détente, il s'agirait de dépasser cette relation initiale de dépendance et d'accéder au corps imaginaire selon Gaudriault et Maillet.

C'est ainsi, qu'après plusieurs séances de relaxation faites au groupe communautaire des phases 1, je propose une relaxation en basque. Le fait de donner une relaxation dans une langue étrangère fait intervenir un corps subjectif. Le résident ne peut se baser sur les inductions du psychomotricien pour ressentir les différentes parties de son corps. Il doit imaginer le trajet sensoriel et perceptif emprunté durant les séances précédentes. La relaxation prend alors une couleur différente.

Ainsi, Dave ne peut se laisser aller. Il est pris d'un fou rire nerveux, durant la majeure partie de la séance. Le rire le coupe en quelque sorte des sensations perceptives qu'il peut ressentir. Est-ce un mécanisme de défense ?

Marin quant à lui, se laisse bercer par cette langue. Celle-ci lui permet de se souvenir de différents épisodes de sa jeunesse, qu'il pensait avoir oublié.

2.4.2. Du corps en général au corps subjectif

La séance débute par un temps de verbalisation sur l'état corporel du moment puis ensuite vient le temps de travail corporel. Le premier temps de ce travail consiste à prendre conscience de ce que l'on ressent dans son corps, ici et maintenant, et ensuite le psychomotricien accompagne le résident sur une écoute plus fine des différents points d'appuis, de la respiration, du relâchement tonique.... Ensuite, vient la phase de reprise, où l'on invite chaque membre du groupe à laisser le mouvement revenir dans son corps en respectant le rythme propre à chacun.

Les mots que j'utilise en relaxation, peuvent correspondre à un certain « *canevas méthodologique* ¹⁰⁴ » dans le but de permettre un apprentissage de cette méthodologie pour tendre vers une autonomisation de l'abaissement des tensions. De plus, les mots employés répondent à ce que j'ai pu préalablement ressentir du groupe, à ce qu'il a été énoncé durant le temps de parole de début de séance.

Durant le temps d'induction, le résident est soumis à l'image d'un corps « anatomique ». Une « *sorte de pantin décrit en termes plus ou moins précis qui visent à la fois à permettre une prise*

¹⁰⁴ POTEL C, *Le corps à l'adolescence, in Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In press, 2010, p224

de conscience corporelle et un éveil des sensations sensorielles et cénesthésiques.¹⁰⁵.¹⁰⁶»

Chaque résident accepte alors de calquer ces inductions sur son corps.

Selon T. Ribot¹⁰⁷, la cénesthésie serait un des premiers principes de l'individuation « *conscience sourde, obscure et pour ainsi dire latente que l'on a de son corps et de l'exercice des fonctions organiques. C'est par ce sentiment du corps que le corps apparaît sans cesse au moi comme sien et que le sujet spirituel se sent et s'aperçoit exister en quelque sorte localement dans l'étendue limitée de l'organisme. (...) il rend l'état du corps présent à la conscience et manifeste ainsi, de la manière la plus intime, le lien indissoluble de la vie psychique et de la physiologique* ».

Lors de la verbalisation, les participants énoncent ce qu'ils viennent de vivre. Leurs propos sont plus personnels, individualisés. Les propositions sensorielles auront eu des échos différents d'une personne à l'autre. Les résidents nous font alors part du vécu de leur corps propre. Cette méthode a pour avantage de partir de sensations concrètes, de là où se situe le sujet souffrant d'addiction dans l'ici et maintenant. La relaxation va pouvoir aider la transformation du passage à l'acte à la mise en mots.

Hors, de nombreux résidents peuvent avoir un fonctionnement se rapprochant de l'alexithymie et cette prise de conscience et prise de parole ne sera pas aisée. Le psychomotricien devra servir de passerelle, devra soutenir cette transformation de la perception « brute » en une sensation consciente.

2.4.3. Une réflexion sur l'attitude et la place du psychomotricien

Le soin en psychomotricité et plus particulièrement l'atelier de travail corporel de relaxation se fonde sur le lien entre le thérapeute et le résident. C. Potel¹⁰⁸ nous livre que la qualité du lien va constituer le socle du travail.

J'ai pu constater que le lien s'établit de manière différente au sein des deux institutions. Ainsi, les résidents du CSAPA passent tous un bilan psychomoteur à l'entrée de

¹⁰⁵ Cénesthésie : sentiment vague d'être et d'avoir un corps, synthèse de sensations diffuses et imprécises à la limite inférieure de la conscience selon P. Ricoeur (in *Corps et Psychomotricité*, p81).

¹⁰⁶ GAUDRIAULT P et MAILLET C, « Limites et ouvertures dans la relaxation de groupe », in Jean Marvaud , *Relaxation, L'Esprit du temps « Psychologie »*, 1995 p. 259-265.

¹⁰⁷ RIBOT T., cité par Robinson B, dans *Corps et psychomotricité*, L'harmattan, 2014, p 82

¹⁰⁸ POTEL C. *Etre psychomotricienne*, Eres, 2012, p 317

l'institution. Ce bilan est avant tout, le lieu d'une première rencontre avec le sujet. Le résident a préalablement pu assister à des séances de relaxation, mais la passation du bilan dans un cadre différent permet à la personne de se livrer, de se raconter, de faire part du rapport avec son corps. L'espace est contenant, la relation est cette fois-ci duelle, les épreuves guident en quelque sorte notre pratique. Le bilan permet une lecture psychomotrice de la souffrance du patient. Le psychomotricien va s'intéresser à la manière dont le sujet perçoit son corps, se le représente ainsi qu'à la manière dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions, entrer en relation. Les résidents peuvent alors aborder certains points qui peuvent les questionner ou qu'ils ne souhaitent pas aborder dans un groupe. Une alliance thérapeutique¹⁰⁹ semble se mettre en place durant ce temps.

Au sein de la Communauté Thérapeutique, les résidents assistent aux ateliers de relaxation sans avoir passé de bilan ou sans avoir eu de temps de rencontre individuelle avec la psychomotricienne. La rencontre se fait en groupe, sous le regard groupal. Le sujet peut difficilement nous faire part de son histoire, de son identité sans que le groupe n'y mette un frein. La relation de confiance met alors plus de temps à se mettre en place pour certains. Nous pouvons voir une des limites de la prise en charge groupale. En effet, face au groupe le sujet peut avoir une réaction de défense, lié au sentiment que le groupe menace son identité, son individualité. Chris s'affirme et prend en quelque sorte le dessus, alors que Julie aura tendance à s'effacer et prendre des réactions d'inhibition qui se traduisent par un repli silencieux.

En psychanalyse nous pourrions parler de la conscience du transfert ou de contre transfert pour aborder le lien qui s'établit entre le psychomotricien et le résident. J. De Ajuriaguerra définit le transfert par « *l'actualisation sur le thérapeute des contenus inconscients du patient* ». La rencontre entre le thérapeute et le résident engage les représentations des deux personnes. Ce qui fait de la rencontre une unicité. Il peut être difficile d'être conscient de ce que nous pouvons renvoyer au patient et inversement.

Ainsi, durant mon stage j'ai été amené à rencontrer de jeunes adultes toxicomanes. La concordance au niveau de l'âge et les nombreuses différences quant au parcours de vie, les

¹⁰⁹ D. Houzel définit l'alliance thérapeutique comme un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire.

souffrances vécues et les attentes liées aux soins m'ont permis de m'interroger quant à ma place de psychomotricienne stagiaire auprès des résidents.

J'ai pu ressentir de la méfiance ou de l'ignorance de la part de Dave par exemple. Jeune homme de 24ans qui me regardait avec un certain dédain et ne voulait pas que je donne de relaxation lorsqu'il était dans le groupe. Nous pouvons interpréter cette situation de différentes manières. Nous sommes tous sensibles à des voix et une manière de parler différentes. Peut-être que la mienne ne lui permettait pas de se laisser aller. Une relation de confiance ne s'était peut-être pas établie entre nous ce qui ne rendait pas le travail de relaxation possible. Je lui renvoyais peut-être (à) quelque chose qu'il ne pouvait supporter durant son soin. De ce fait, il m'a été difficile de me positionner face à cette réaction. Je n'ai pas pu le voir en individuel pour que nous puissions en discuter. Ainsi, la psychomotricienne et moi, nous étions mises d'accord pour que ce soit elle qui donne les séances au groupe dans lequel était Dave.

S. Robert Ouvray nous livre de ce fait, que le contre transfert peut être utilisé en guise « d'outil thérapeutique ». Ainsi, nous accueillons les éprouvés, les tensions du patient et nous les utilisons pour essayer de percevoir ce que le patient émet corporellement. « *La compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels* ».

Le psychomotricien va par ailleurs « *s'efforcer de maintenir un cadre qui évite les dérives délétères mais qui se limite à proposer un support, libre au groupe de s'épanouir à partir de cette offre. La qualité de la formation théorique et personnelle de l'animateur est nécessaire pour offrir ce cadre, mais elle ne suffit pas, le groupe apportant ses ressources propres* »¹¹⁰.

Je vais à présent aborder le cadre, la place du groupe et les fonctions travaillées en relaxation par l'étude de l'évolution de Marc au sein de la Communauté Thérapeutique¹¹¹ (CT).

¹¹⁰GRABOT D, *Le psychomotricien et les groupes*, Enfances & Psy, n°19 (2002) page 115

¹¹¹ Cf. II. 2.2.2 La communauté thérapeutique

3. La relaxation en groupe, médiateur de la relation : Marc et son évolution

Marc est un homme âgé de 44 ans. De taille moyenne et musclé, les traits plutôt secs de son visage sont encadrés par des cheveux courts grisonnants. Marc a un regard fuyant mais dès que le contact est établi nous pouvons constater la douceur de celui-ci. Il se déplace au sein de l'institution en tenue de sport, le dos vouté, le regard posé sur ses pieds une bouteille d'eau et un carnet sous le bras.

Anamnèse de Marc

Marc est né le 24 janvier 1971 à Bordeaux. Il est fils unique et son enfance a été marquée par le décès de son père lorsqu'il était âgé de 5 ans. Marc a alors été placé pendant quelques temps en famille d'accueil avec laquelle il a gardé un bon contact.

A 20 ans, Marc commence à consommer du cannabis avec ses amis puis de la cocaïne de manière festive. Il décrit un certain cercle vicieux et entre dans l'engrenage des consommations, des soirées, de la vente,... Marc restera très vague dans le récit de son parcours toxicomane. Il n'en parle que très brièvement et m'explique que c'est maintenant du passé, qu'il ne veut plus en parler.

Il décrit avoir une relation très fusionnelle mais ambivalente avec sa mère. Sa mère a eu un impact important dans les décisions qu'il a dû prendre. Ainsi, elle l'oblige, dans ses dires, à arrêter ses études déjà compromises par différentes consommations pour épouser une portugaise. Il quitte alors les différents projets entrepris et retourne au Portugal pour « se trouver une femme » selon lui. Au Portugal, les consommations de drogues ne cessent de croître. Il vit de nombreuses violences physiques et morales et retourne à Bordeaux « transformé » si l'on se réfère à ce qu'il a dit à l'assistante sociale de l'institution.

Actuellement Marc est hébergé chez sa mère et c'est donc chez elle qu'il séjourne lors de ses fins de semaines en dehors de l'institution. Il n'a toujours pas quitté sa chambre d'adolescent. Il dit ainsi de sa mère que « c'est la femme de sa vie ». La relation avec sa mère est très ambivalente. Elle est dure verbalement avec lui car il n'a pas pu être le fils dont elle rêvait. Cependant, elle lui octroie une place d'enfant « roi » lorsqu'il revient chez elle.

Marc a vécu durant une dizaine d'années avec son ex compagne. Ils vivaient dans une cité dans laquelle, il y avait de multiples consommations. Ils ont eu un fils de cette union. Il a maintenant 9 ans mais cela fait 3 années que Marc ne l'a pas vu. Suite à une rupture violente avec son ex compagne, elle ne veut plus reprendre contact avec Marc. Cette situation l'inquiète et l'angoisse énormément. Il tient à tenir son rôle de père. Nous pouvons faire le lien avec l'absence de figure paternelle durant son enfance. Il reproche qui plus est, la fusion mère-fils à son ex compagne, fusion qui est encore présente dans sa relation avec sa mère. Selon P.L Assoun¹¹², « *l'intoxication est un effort de faire sans l'autre* ».

Nous pourrions faire l'hypothèse que le manque d'introjection des figures parentales entraîne un certain remplissage, un pansage du vide par des substances psycho actives chez Marc.

De nombreux actes de délinquance notamment de vols ont permis à Marc de financer ses consommations de drogue. Il a de ce fait, été incarcéré de nombreuses fois. Malgré plusieurs propositions de placement extérieur en structure de soin lors de précédentes incarcérations, c'est la première fois que Marc s'engage dans cette démarche. Il dit avoir attendu d'en percevoir l'intérêt pour lui et de se sentir prêt à s'investir.

Au départ, Marc consommait avec des amis en soirée puis les substances ne le quittaient plus. Nous pouvons dire que toute sa vie tournait autour des substances psychoactives. Ce glissement progressif du désir au besoin, renvoyant au principe de réalité fait demander le sevrage. Lorsqu'il est entré à la CT il était dépendant à la cocaïne, à l'héroïne et à l'alcool.

Ce recours à l'acte (acte de consommer ou encore actes de délinquance) sert selon Olivier Moyano¹¹³ à juguler la montée de l'excitation ainsi qu'à contrôler des affects anxieux ou dépressifs qui se trouvent évacués avant même d'avoir pu être reconnus par le sujet lui-même.

3.1. Admission et évolution dans la CT

Marc est ainsi admis dans l'institution le 16 septembre 2014 du fait de sa poly toxicomanie.

¹¹² ASSOUN P.L, *L'intoxication : un effort sans l'autre*, Le nouvel observateur, mai/juin 2005

¹¹³ MOYANO O « Clinique de l'ennui et recours à l'acte : à propos de l'adolescence délinquante », Le Journal des psychologues, 2010/2 n° 275, p. 69-71

La demande d'aide, les lieux et les personnes auxquelles les toxicomanes s'adressent dépendent en partie de leur degré de souffrance, de leur désocialisation, de leurs ressources et de leurs parcours. Au départ Marc souhaitait intégrer un Centre de Soins de Prévention et d'Addictologie (CSAPA) de taille plus réduite (11 résidents) mais le psychiatre qui le suivait en prison l'a dirigé vers la communauté thérapeutique.

La mise en place d'un traitement de substitution puis son observance sont très importantes dans le parcours et la prise en charge d'un toxicomane. Ce traitement vise, entre autres, à stabiliser l'usager de drogue afin de le réinscrire dans une dynamique de soins, à supprimer les signes de sevrages consécutifs à l'arrêt de la substance et à réduire l'appétence au produit. Le traitement sort le sujet de l'isolement de la pratique addictive. De plus, en prenant ces médicaments de substitution, il est dans le désir de vivre sans substances illicites, dans un désir « de s'en sortir » nous dit Marc.

Marc ne prend que très peu de médicaments. 1 subutex¹¹⁴ (traitement de substitution) le matin et 1 vallium midi et soir (qui est un benzodiazépine permettant la diminution de l'angoisse).

La situation familiale de Marc l'inquiète et l'angoisse. Il rencontre pour cela régulièrement l'Assistante Sociale de la CT, avec qui il a engagé des démarches pour renouer des liens avec son fils de 9 ans. Son ancien compagne ne veut avoir aucun contact avec Marc. Il a du mal à gérer les émotions qu'engendre cette situation.

En 7 mois de soin, les groupes de parole ont permis à Marc de s'affirmer au sein du groupe et il s'est ouvert aux autres. De plus, les nombreuses responsabilités que lui a données la CT lui ont permis d'évoluer et de s'autonomiser. Marc arrive peu à peu à mentaliser ses ressentis. Il arrive à demander de l'aide et accepte d'en recevoir. Il commence aussi à reconnaître et à accepter ses limites. L'autre peut alors exister.

Cependant, Marc se trouve en difficulté face à de fortes envies de consommation, particulièrement le soir. Il a très vite fait part de son désir de s'éloigner des personnes qui fumaient du cannabis au sein de l'institution. Pour autant, il n'arrive pas à rester abstiné à cette substance. Il le dit aux professionnels afin que ceux-ci l'aident à trouver des solutions

¹¹⁴ Cf. annexe : traitement de substitution

palliatives. Cette consommation nous montre que Marc reste attaché à son environnement/groupe de consommation. Le lien avec eux semblerait ne pas être coupé. Il semble résoudre les soucis internes comme l'angoisse, la colère ou des anxiétés, par un recours à l'agir, c'est-à-dire à la consommation.

On remarque ici que les individus ayant des problématiques addictives sont en difficulté quant au contrôle de leur consommation. On ne peut sortir d'une addiction. Il faut la « contrôler ». Mais cette empreinte reste toujours là. « *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*¹¹⁵ » selon Loonis.

3.2. Observations générales

3.2.1. Premières impressions

Marc semble être à l'aise avec les résidents ainsi qu'avec l'équipe soignante de la CT. Marc est concis dans ses propos mais entre facilement en contact avec les personnes qu'il connaît.

Il montre une certaine défiance vis-à-vis des nouvelles personnes qu'il rencontre. Ainsi, il est plutôt distant avec moi durant les premiers mois et ne m'adresse la parole que pour me saluer d'une manière automatique. Cette mise à distance peut être expliquée par la difficulté à faire face à la nouveauté, à la repérer, à l'intégrer voire la nommer. Marc cherche à m'ignorer. En m'accueillant, il s'agirait de me faire de la place dans le groupe thérapeutique. Ce qui peut sembler difficile pour lui car l'homéostasie du groupe s'en trouverait perturbée.

3.2.2. Première rencontre

La première rencontre quelle qu'elle soit est un moment important et singulier, une découverte entre deux individus. Le psychomotricien va se montrer attentif à l'état émotionnel, au dialogue tonique, à sa manière d'être en relation. Le psychomotricien va par sa manière d'être faire une première analyse de ses observations.

Je le rencontre le 9 octobre 2014, en séance de « travail corporel de relaxation » mis en place par la psychomotricienne. Il entre dans salle, me serre la main sans me regarder,

¹¹⁵ E. LOONIS, *Notre cerveau est un drogué*, Broché, 1997

marmonne son prénom et prend un tapis pour se placer au centre de la salle. Ce jour-là, il est assez effacé dans le groupe des résidents de phase 1. Il ne s'exprime que très peu.

3.3. Marc et la relaxation

Tous les ateliers sont obligatoires dans la communauté thérapeutique. Ainsi, chaque résident bénéficie d'une séance hebdomadaire de relaxation psychomotrice.

Je vois Marc tous les jeudis matins, en relaxation. Au sein de cette institution, la psychomotricité occupe une place particulière. En effet, la psychomotricienne est présente durant deux demi-journées sur la structure. Elle anime l'atelier de relaxation et celui de thérapie avec le cheval. 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 qui constitue une continuité, sur laquelle se superposent des activités plus ponctuelles mais régulières, comme la psychomotricité. La psychomotricité s'intéresse non plus aux problèmes du quotidien mais à la personne elle-même. La psychomotricienne effectue ainsi deux séances de relaxation qui s'adressent aux résidents qui sont au niveau phases 1 et 2 de leur parcours de soin. De plus, elle peut voir des résidents en suivi individuel s'ils en ressentent le besoin.

3.3.1. Objectifs de l'atelier pour Marc

Le travail corporel de relaxation permet aux résidents de ressentir leurs corps dans l'immobilité. Cette méthode permet d'éprouver différentes sensations (de chaleur, de pesanteur, de rythme, de continuité...). Il peut s'établir alors une certaine connaissance de soi fondée sur des éprouvés affectifs selon Enikô¹¹⁶.

Il est important de souligner que les sujets toxicomanes, ont souvent perdu ce rapport à leur corps et ne perçoivent que les sensations procurées artificiellement par l'effet des substances

¹¹⁶ ENIKO Albert-Lörincz, « Relaxation et prévention de la toxicomanie chez les adolescents », in Jean Marvaud, Relaxation - L'Esprit du temps « Psychologie », 1995 p. 83-89

ingérées. Par le biais de la relaxation, ils peuvent retrouver des sensations réelles. Ces séances vont permettre un réapprentissage, « *une appropriation subjective de leur corps* »¹¹⁷.

*« Nous voulons leur permettre de vivre ce qui leur appartient en propre : nous ne les invitons pas à vivre en relaxation un certain bien-être, un nirvana, mais à percevoir et vivre leurs ressentis profonds. La proposition va donc consister à leur demander ce qu'ils ressentent ici et maintenant : temps de concentration sur une partie du corps, qu'ils ressentent plus particulièrement ; par inductions verbales ou proprioceptives, ils sont aidés à entrer dans un bain de sensations. »*¹¹⁸

Les objectifs pour Marc seront de lui redonner confiance en lui, en son sentiment d'être un individu différencié. En lui offrant un cadre contenant où ses vécus ont une résonnance chez le thérapeute. Nous essaierons de faciliter la verbalisation en le sortant de son perpétuel « ça va, ça m'a relaxé » et en favorisant le travail d'élaboration psychique entre ses sensations et ce qu'il peut nous en dire. Le psychomotricien a donc un rôle étayant, « *le thérapeute va ainsi inventer une stratégie pour mobiliser le sujet dans une situation dans laquelle il s'engage* »¹¹⁹

3.3.2. Cadre des séances

L'atelier de « travail corporel de relaxation » a lieu tous les jeudis matin dans la salle de sport qui est extérieure à la structure.

Le cadre est un des éléments qui permet l'élaboration d'une confiance, d'un lien sécure entre patient et thérapeute. L'existence du cadre permet au sujet de se sentir contenu et il est donc plus disponible pour se centrer sur lui-même et être à l'écoute de ses émotions, de ses sensations et de mettre ses ressentis en mots... De plus, la régularité au niveau du temps, de l'espace (même heure, même jour, même lieu) offre aux résidents une permanence, un cadre contenant.

¹¹⁷ C. POTE, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Eres, p. 225

¹¹⁸ A. CALZA et M. CONTANT, *Psychomotricité*, Masson p. 169

¹¹⁹ CALZA A., CONTANT M, *Psychomotricité*, Masson 1999, p 174

Le « travail corporel de relaxation » se déroule en quatre temps comme évoqué précédemment¹²⁰. Marc donne une grande importance à ce cadre. Celui-ci semble le rassure. Il respecte les différents temps du travail corporel et les demande si nous les oublions.

3.4. Déroulement des séances et évolution de Marc

3.4.1. Du mois d'octobre à janvier : début du soin en phase 1

Marc ne manque aucune séance et vient même lorsqu'il est malade. Le soin débute pour lui, il est en Phase 1 et semble apprécier venir en relaxation. Le travail autour du corps paraît lui faire du bien (relaxation, thérapie avec le cheval, tai chi, massage ayurvédique).

Les séances apportent à Marc un moment de pause, de « parenthèse » dans la semaine. En effet, le groupe est thérapeutique dans cette communauté. La vie au sein de l'institution est structurée et cadrée. Dès les premières heures de la journée, les résidents ont des temps de parole avec l'équipe éducative, suivi d'un groupe d'affirmation de soi, puis les ateliers s'enchainent durant la journée. Celle-ci se termine par un groupe de mise en mots des émotions ressenties lors de la journée. Certains résidents se plaignent de cette nécessité de transparence. Ils en viennent à parler pour parler, pour combler le vide. La prise de parole est nécessaire et omni-présente. Les discours des résidents finissent par être appris et en quelque sorte désincarnés.

Le « travail corporel de relaxation » propose un retour sur les sensations, perceptions et leur prise de conscience. La prise de parole est alors libre (ils peuvent exprimer le fait de « ne rien avoir à dire, ou de ne pas avoir envie de parler »), plus personnelle et basée sur leur ressentis. Elle est davantage incarnée et a pris un certain contraste avec un discours rodé.

Les séances de travail corporel avaient été suspendues durant une semaine pendant le mois de décembre en raison de la réévaluation du projet de l'établissement. Le manque de séance a affecté Marc, il exprime et évoque son ressenti actuel qui est celui de la frustration. Marc nous dit alors qu'il va « éclater » sous la pression du groupe et de la parole. Nous pouvons voir ici le paradoxe entre le soit trop vide (manque de séance, « se sent vide ») et le trop plein.

¹²⁰ Cf. III. 3.3.3. De la prise de conscience corporelle à la consolidation de l'identité

Une certaine relation de confiance semble s'être établie au sein du groupe de relaxation des phases 1. Les résidents prennent la parole chacun leur tour en respectant les dires de chacun. Marc a une place importante dans le groupe, il est l'élément moteur du groupe. Il se place au centre de la salle donc au centre du groupe. Ce placement dans l'espace est très représentatif de l'investissement de la relaxation par les résidents et de la prise en compte de leur état intérieur du moment. Ainsi, Marc s'installe dans un coin de la salle le jour où il est malade, lorsqu'il n'a pas envie de partager ses perceptions et de s'exprimer.

- Prise de relai dans la prise en soin en novembre

Marc ne s'adressait pas à moi au départ lorsque je n'étais qu'observatrice des séances de relaxation. Lorsque j'ai commencé à donner les inductions verbales à partir du mois de novembre, il semble que j'ai commencé à exister pour Marc. Il s'intéresse, accepte et répond à mes « propositions de parole ».

Lors de la relaxation, le résident passe par un état de dépendance et de régression. Il est allongé sous le regard de la psychomotricienne ainsi que du mien. Le sujet doit alors « *soumettre son corps à la voix des relaxateurs* » selon P. Gaudriault et C. Maillet. Cette position peut sembler être archaïque et faire appel à une situation de dépendance infantile. La relaxation par l'expérience de la régression favorise la sensation d'unité corporelle, d'identité, de soi plus fort.

Lorsqu'on est en position de relaxateur, il semblerait que nous soyons dans une position active et le résident dans une position plutôt vulnérable ou passive. Mais nous pouvons voir cela de manière parallèle. Ainsi, la personne qui donne l'induction s'engage autrement dans la relation, entre dans l'interaction. Nous pouvons aborder le dialogue tonico-émotionnel dont parle De Ajuriaguerra. En effet, le psychomotricien s'ajuste à ce qu'il perçoit du groupe ainsi que des sujets dans leur individualité. Je pense avoir acquis la confiance de Marc suite à ma première induction verbale. Ainsi, je suis passée de l'observatrice donc de la personne immobile posant mon regard sur les résidents, à un sujet partageant quelque chose avec eux. J'ai dû ajuster ma voix, mon tonus à ce que je ressentais et ce que j'avais préalablement entendu durant la prise de parole initiale. L'observateur est celui qui est dedans et dehors à la fois. Il peut réactiver des angoisses de persécution. Les résidents peuvent avoir peur d'être jugés.

3.4.2. Le passage en phase 2 : bond dans le soin en février

Marc a fait la demande de passage en phase 2 en janvier. Cette demande a suscité une grande remise en question pour lui. Il a dû mettre par écrit son évolution dans le soin ainsi que ses attentes et son projet de socialisation. Il a su également faire part aux soignants du centre, son désir d'arrêter la consommation de cannabis, toujours présente. L'environnement de la CT semble être « suffisamment bon » pour que Marc puisse y prendre appui et demander de l'aide.

Le passage en phase 2 entraîne de nombreux changements au sein de la CT. Marc a pris le rôle de pair. Il est en quelque sorte un « guide » pour les nouveaux résidents. Ainsi, les résidents s'identifient à lui, il leur donne des conseils, il peut les aider en se basant sur son parcours de soins. Nous pouvons voir qu'il donne une très grande importance à l'image qu'il renvoie de lui. Il a vécu de nombreuses stigmatisations par son passé de toxicomanie et il tient à ce que les autres (y compris les soignants) le voient sous un autre angle. De ce fait, il prend des responsabilités au sein du groupe, il prend la parole le premier en relaxation.

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. En effet, on voit que Marc a encore besoin d'être « nourri » 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. Il commence la plupart du temps, la verbalisation par un « ça m'a relaxé ». Puis il enrichit cette phrase par des liens avec les événements passés. Les perceptions des uns peuvent renseigner sur les perceptions des autres : « ça me fait penser à... » « Moi c'est comme lui... ». Le groupe devient alors 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 l'on soit vigilant pour faire respecter le temps de parole de chacun.

« 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*¹²¹».

Lors de l'induction verbale, on observe que Marc suit à la lettre toutes les indications. Lorsque que l'on décrit l'anatomie ainsi que la détente du pied par exemple, on peut observer les doigts de pied de Marc bouger. Est-ce parce qu'il est dans l'incapacité de sentir son corps dans l'immobilité ? Ou peut-être que les sensations corporelles ne viennent que par mobilisation ? C'est peut-être un moyen pour lui de se concentrer ou de coller à l'induction. Il semblerait qu'il ait besoin d'être tout contre de ce que nous disons. C'est ici une autre forme de dépendance, de recherche d'étayage.

« Marc se détend et sent son corps plus léger ». Les verbalisations en fin et début de séance deviennent de plus en plus riches. Ainsi, en début de soin, il nous disait simplement que la séance l'avait relaxé et qu'il se sentait bien.

Souvent, les personnes souffrant d'addiction ne semblent pas ressentir les sensations dans l'immobilité dans les premiers temps de la prise en soin. Ainsi, lors du « travail corporel de relaxation », bon nombre de résidents fuira ce travail dans le sommeil. Il leur est difficile d'avoir et d'accepter leurs ressentis, de voir comment les émotions se traduisent par et sur le corps, de travailler autour de l'intériorité. Entre sensations extrêmes et sensations de douleur exprimées par le manque, le corps du résident ne semble plus être sensible aux ressentis et plaisir corporel. Les liens entre les ressentis éprouvés et leur mise en mots sont souvent défaillants.

Petit à petit, Marc arrive à décrire plus précisément ce qu'il sent dans son corps. Il pourra ainsi nous dire que la respiration et plus particulièrement de grandes inspirations lui ont permis de faire disparaître la boule qu'il avait dans son ventre. Il se nourrit des conseils que l'on peut lui donner lors de ces séances de travail corporel. Il semble que les émotions qui se traduisent par des sensations dans son corps arrivent à prendre sens chez Marc. Il leur donne une place et arrive à les exprimer. « *Dans ce travail profondément psychomoteur, les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des*

¹²¹ CALZA A., CONTANT M, *Psychomotricité*, Masson 1999, p 174

processus de symbolisation plus secondarisés puissent prendre le relais des processus primitifs, chevillés au corps¹²²».

3.4.3. De février à avril : déclin du soin ?

Depuis son passage en Phase 2 de soin, Marc bénéficie de sorties lors des semaines. Plusieurs changements importants ont pu être constatés depuis ce :

- le groupe communautaire s'est amoindri du fait de nombreuses hospitalisations et arrêts de soins,
- la volonté que Marc avait de reprendre contact avec son fils n'est plus évoquée,
- il a modifié son apparence physique : cheveux rasés sur les côtés, présence d'une barbe, regard sombre
- les soignants le suspectent d'activités de vente ou de « deal » au sein de l'institution

Ainsi, Marc renvoie une image assombrie. Il participe aux ateliers de relaxation mais son placement dans l'espace a changé. Il se place à présent dans un coin de la pièce, loin des autres résidents, sur les bordures de la pièce, dans les limites de l'espace. Il se laisse oublier. Les verbalisations en début de séance sont rapides et vides des ressentis réels, de ses émotions. Il ne souhaite pas partager ce qu'il vit avec le groupe. Durant le temps d'induction verbale, Marc bouge les parties du corps nommées. Cependant, il semble s'endormir de manière consécutive lorsque nous arrivons au niveau du buste. Je me pose alors diverses questions : s'endort-il pour fuir ce travail d'introspection, de concentration sur soi car devenu trop difficile ? ou le sommeil est un laisser-aller, un lâcher prise qu'il peut expérimenter en sécurité dans le cadre de l'atelier ?

Au vu de son comportement, de son paraître ou (par être), de ses dires au sein de la CT, il semblerait qu'il désinvestisse petit à petit le soin. Il questionne l'utilité des prises en charge, du soin en général, de son parcours. La dynamique de groupe plutôt maussade du moment semblerait avoir un effet direct sur lui.

¹²² POTEL C, *Etre psychomotricien*, Eres, 2012, p224

3.5. Conclusion

La communauté thérapeutique, de par ses nombreuses contraintes, les sorties, les consommations ainsi que de nombreuses sollicitations extérieures ont mis Marc en difficulté étant donné son caractère. Lorsqu'il sent que la tension est trop forte, les échanges qu'il peut avoir avec des professionnels ou les techniques de respiration qu'il a pu apprendre en « travail corporel de relaxation » l'aident à diminuer cette sensation. Il en a pris conscience.

Par ailleurs, une impression de « tout ou rien » me vient à l'esprit lorsque je pense à l'évolution de Marc au sein de la CT. Il se place au centre de l'espace, il investit les activités, c'est un élément moteur du groupe. Ou se laisse oublier, longe les bords de l'espace, teste les limites du cadre. La relaxation lui permet de : soit « faire le vide » selon lui, en faisant abstraction des problèmes de la vie courante ; soit cette médiation est détournée par le sommeil.

Marc devra trouver 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 en fin de semaine, qu'il a encore des difficultés à gérer. Il est important pour cela de continuer le travail corporel déjà bien investi par Marc afin qu'il intègre des exercices dont il pourra se servir en temps voulu. De plus, le travail autour du corps lui permettra d'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 pourrait-il prendre davantage soin de lui-même et, de la sorte, aborder les émotions et les frustrations avec plus de recul.

Nous venons d'étudier l'évolution de Marc au sein de la Communauté Thérapeutique. Cette étude nous a permis de mettre en relief les différents aspects abordés par la relaxation en psychomotricité. Durant mon année de stage, j'ai pu observer le fonctionnement de deux centres de soins en addictologie : la communauté thérapeutique (CT) et le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). La psychomotricienne intervient principalement en groupe thérapeutique de relaxation.

J'ai eu l'occasion de mettre en place un projet de soin en groupe au sein du CSAPA. Du fait de ma pratique personnelle de théâtre, j'ai fait le choix de proposer un atelier d'expression « théâtrale ». Je vais dans un premier temps présenter le contexte de cet atelier, puis j'étudierai le cadre de celui-ci. Enfin, j'aborderai les limites et les raisons qui ont fait que cet atelier n'a pas pu être mené durant toute la période de mon stage.

4. Atelier d'expression « théâtrale » du CSAPA

A partir du mois de novembre, après avoir passé quelques semaines à observer le fonctionnement des centres de soins, les différentes activités présentes, au détour de discussions avec les sujets addictes, je propose de mettre en place un atelier corporel d'expression « théâtrale » au sein du CSAPA. L'atelier proposé sera centré sur la personne, son expressivité, sa perception d'elle-même dans un environnement groupal.

Le corps est le premier support de symbolisation et d'expression, il apparaît donc opportun qu'il soit un support thérapeutique à investir.

4.1. Hypothèses de départ

La dépendance coupe le sujet d'une authenticité. Il vit de manière aliéné à la substance. Ses désirs, ses envies, ses relations avec autrui sont contrôlées par le besoin de substance. Cette idée ne lâche pas le sujet jusqu'à l'assouvissement du besoin, du manque. Dans le centre de soins, le sujet semble retrouver les bases d'une vie sans substances. La

Cette désorientation peut être observable lors des premières sorties des résidents. De nombreuses rechutes sont présentes.

Amir retrouve son groupe d'amis ou plutôt son groupe de « défonce » comme il a tendance à le dire. Il nous livre que depuis qu'il est en soin, il ne sait plus de quoi parler avec eux. A part l'attrait à la substance, il ne partage plus rien avec eux. Il observe alors le décalage qu'il y a entre lui et son groupe d'appartenance. Il se sent hors du groupe. Pour y coller de nouveau, il consommera de nouveau.

Des sentiments de honte et de culpabilité sont alors liés à cette prise de substance.

substance constitue l'élément central du parcours du toxicomane. Lorsqu'il apprend à revivre sans, le sujet peut se sentir déstabilisé voire perdu dans un premier temps.

Tout semble devoir se redéfinir, l'identité, la perception du monde, les conversations avec ses amis,.... Nous avons vu que la relaxation peut permettre au sujet de retrouver un sentiment d'unité de base, de sentiment d'identité.

Or, certains sujets ne peuvent pas supporter leurs corps dans l'immobilité totale. Ainsi, Emile trouve cette position très angoissante, il la nomme comme étant « la position de mort ». Cette position lui renvoie des angoisses archaïques. La passivité et l'aspect régressif de la position lui sont pénibles à supporter. Est-ce lié à une impression d'anéantissement, d'impuissance ? Le mouvement pour lui est le seul moyen d'être actif. Qui plus est, son enfance a été marquée par une hyperactivité. L'agitation lui permettait de soutenir son sentiment d'existence. Emile ne peut sentir son corps sans inductions tactiles ou mouvements. Nous pouvons voir une des limites de l'induction verbale.

Pour certains résidents, le fait de réintroduire le mouvement, de rendre la séance plus dynamique peut les aider à sentir différentes sensations. Les résidents paraissent très surpris lorsque je propose les exercices. La nouveauté déstabilise et peut sembler être porteuse d'angoisse. En effet, au sein de ces centres de soin tout est structuré et cadré. Les activités et

Dave refuse de manière catégorique l'exercice qui consiste à marcher à deux, épaule contre épaule les yeux fermés. Cet exercice vise à travailler la conscience que l'on a de son corps en mouvement et l'ajustement tonique en relation. Hamzad ne souhaite plus venir en psychomotricité car les propositions seraient des exercices de « drôlichons » selon lui. Emile quant à lui est très attentif, à l'écoute et peut exprimer son bien être à la fin de l'exercice. Le mouvement lui permet d'être à l'écoute de ce qu'il ressent, il peut alors oublier ses pensées obnubilantes.

les ateliers s'enchaînent de manière automatique. Le fait de proposer une médiation autre que le « travail corporel de relaxation » en psychomotricité, a engendré de nombreuses remises en question.

Ces patients fonctionnant dans une certaine répétition et dans une temporalité circulaire laissent peu de place à la nouveauté. Les résidents vivent chacune des journées comme subtilement analogues aux précédentes, habités du sentiment que demain sera

comme aujourd'hui. Cette récurrence peut rassurer les sujets souffrant d'addictions. Il y aurait un éternel recommencement. C'est d'ailleurs ce qu'ils vivent avec la prise de substances. Selon Marcelli D¹²³, « *l'opposition entre un temps circulaire et un temps linéaire n'est pas nouvelle mais elle continue de fonder nombre de nos perceptions* ». La linéarité du temps, nous renvoie à notre propre mortalité qui peut être angoissante. Le fait de pouvoir accepter cette linéarité du temps c'est intégrer la loi. Marcelli nous livre qui plus est que la répétition et le changement sont deux « *choses indispensables pour qu'un individu puisse naître psychiquement, croître et se développer* ¹²⁴ ».

En « cassant cette routine », j'espérais que le changement de proposition corporelle, leur soit bénéfique tout en offrant un cadre contenant et rassurant. La nouveauté aurait alors représenté, un certain micro-rythme, c'est-à-dire une surprise qui ouvre à la création si l'on se réfère aux théories de Marcelli.

4.2. Cadre et déroulement des séances

Les séances ont eu lieu tous les jeudis en début d'après-midi. Nous nous plaçons dans la salle de réunion qui est extérieure à l'établissement principal, que nous aménageons pour le travail corporel plus dynamique.

Je propose dans un premier temps un échauffement corporel : automassage corporel, divers déplacements dans l'espace, un réveil sensoriel. Ainsi, ce temps est l'occasion de faire connaissance avec les différentes parties du corps et de s'en occuper.

Puis vient un temps d'exercices à deux dans lequel le résident pourra mettre en jeu l'ajustement du tonus par rapport à ce qu'il ressent de l'autre (dialogue tonico-émotionnel), les émotions et sensations qui peuvent être liées aux mouvements,...

Enfin, l'atelier se termine par un temps de partage groupal : improvisation en groupe, mime en équipe, postures,... J'ai essayé d'ajuster ce dernier temps par rapport à ce que je ressentais du groupe, de la dynamique qu'il pouvait y refléter, de leurs verbalisations. Ainsi, un travail

¹²³ MARCELLI D, *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2000, p131

¹²⁴ MARCELLI D, *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2000, p155

corporel de relaxation a pu être proposé en fin d'atelier pour pouvoir permettre aux résidents de faire un point sur leur intériorité.

En sommes, l'objectif est que le travail d'expression permette aux résidents de se confronter aux sensations et aux émotions liées aux mouvements et aux gestes, de prendre conscience de la dimension du non verbal et de la place du corps, retrouver sa capacité naturelle à la création, utiliser son corps pour dire,... Cette médiation peut permettre d'aborder différents axes tels que : le corps, le regard, l'écoute, l'espace, le groupe et l'individu et l'imagination.

4.3. Retours et critiques sur cette médiation

J'ai proposé cet atelier durant deux mois (du mois de novembre à celui de décembre). Plusieurs éléments ont fait que cet atelier n'ait pu continuer plus longtemps : le cadre de séance, la dynamique de groupe, ma place de stagiaire indéfinie.

4.3.1. L'heure de l'atelier

L'atelier de psychomotricité au CSAPA a lieu le jeudi en début d'après-midi. Cet horaire semble être difficile pour les résidents. En effet, cette heure est celle de « la digestion » selon eux. De ce fait, ils se livrent durant ce temps à des activités dites plus passives où le corps est immobile: sieste, lecture,... Les résidents avaient du mal à mettre leurs corps en mouvement. Ils exprimaient de manière répétitive des retours de poids et de lourdeur liés au repas.

4.3.2. La dynamique de groupe

Comme dit précédemment, le groupe du CSAPA est un groupe ouvert en perpétuel changement. Durant le mois de novembre, le groupe des résidents suivait une dynamique de refus et de contestation de la plupart des activités du centre. Les différents ateliers proposés au sein de cette structure sont obligatoires. Les sujets ne s'y rendaient plus et enfreignaient différentes règles de l'institution par des consommations de substances psychoactives, des actes de vols au sein de l'institution, des violences entre résidents. Ce climat « non sécurisé » n'a pas favorisé l'accueil d'un changement dans la ritualité de l'atelier de psychomotricité.

4.3.3. Place de stagiaire indéfinie ?

J'ai commencé à mettre en place le travail corporel d'expression (« théâtral ») courant le mois de novembre. J'étais à l'institution depuis un mois. Les résidents du CSAPA ne m'avaient vu qu'en simple observatrice des séances de relaxation. Ils me connaissaient peu et ils m'avaient peu entendu parler. Cette posture d'observatrice a peut-être pu engendrer une certaine méfiance de la part des résidents du CSAPA. Ma fonction dans le groupe ne semblait pas être établie. Il semble que mon arrivée ait heurtée l'équilibre, précaire ce temps-là, du groupe. J'ai alors incarné, le rôle de « la stagiaire qui fait bouger ».

Mon implication corporelle est différente d'une médiation à l'autre. En effet, lors de la relaxation, je suis à la fois en retrait et à la fois présente sur un mode moins actif et dynamique que lors du travail corporel d'expression.

En relaxation, les résidents du centre me voient toujours à la même place : assise sur une chaise près d'un angle de la salle. J'interviens de manière verbale : au niveau des inductions et lors du temps de verbalisation c'est-à-dire de travail d'élaboration associative. Le travail d'écoute et de relance psychique est important lors de la relaxation. En psychomotricité, nous nous intéressons à ce qui se passe dans le corps du sujet. Nous allons essayer de sortir les résidents de leur perpétuel « ça m'a relaxé » pour essayer d'observer et se centrer sur leur intériorité.

Durant les séances de travail corporel dynamique, mon implication corporelle est à part entière. J'effectue les différents exercices avec les résidents. Je suis alors « garante » du cadre. C'est ainsi, qu'il faut pouvoir observer le groupe dans son ensemble pour qu'il « *vive et n'explose pas des tensions qu'il génère* ¹²⁵ ». Ce regard d'ensemble m'a semblé être difficile à avoir dans les premiers temps de l'animation de cet atelier. Ainsi, il faut avoir une écoute et une sensibilité face à la durée des exercices proposés.

De plus, j'ai dû être vigilante au caractère enfantin que les résidents pouvaient donner aux exercices. En effet, les différents déplacements faisant varier la vitesse, la posture, la tonicité pouvaient être vue comme des jeux d'enfants selon eux. Ainsi, le jeu semble être en

¹²⁵ POTEL C, *Le corps à l'adolescence*, in Psychomotricité : entre théorie et pratique, In press, 2010, p224

quelque sorte désinvesti ou enfantin pour eux. F. Joly¹²⁶ parle du jeu comme d'un « *travail psychique, psychomoteur, cognitif, social et interactif complexe et multidimensionnel* ».

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.

Enfin, j'ai dû arrêter l'atelier d'expression car aucun compromis ne semblait pouvoir être fait. La proposition de cet atelier est venue trop tôt selon moi. Les résidents du CSAPA ne m'avaient pas intégré comme un élément fiable et solide du cadre. L'introduction de changement a donc été porteuse d'angoisses. Nous pouvons faire un parallèle avec l'enfant qui se construit grâce aux rythmes réguliers que la figure maternelle peut mettre en place quant à la satisfaction de ses besoins (macro-rythmes). Ceux-ci permettent à l'enfant de considérer l'environnement comme étant suffisamment fiable. Suite à cela, la temporalité se construit par l'instauration de micro rythmes, des changements qui permettent la nouveauté et la création. En serait-il de même pour les résidents ? Le cadre et l'environnement de l'atelier n'étant pas assez structuré, le changement d'activité et de thérapeute a peut-être été trop rapide.

Je reprendrai une citation de Desobeau¹²⁷, « *la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est* ». C'est donc ainsi que je me suis adaptée à ce que je percevais du groupe, de leurs envies, en ré étudiant les objectifs de la prise en soin en psychomotricité pour offrir un moment de « pause qui ressource » comme les résidents ont tendance à appeler le « travail corporel de relaxation ». La médiation en sommes, est un détour pour aborder différents aspects ou différentes notions lors de la prise en soin.

¹²⁶ JOLY F, *Psychomotricité : une motricité ludique en relation*, in Psychomotricité : entre théorie et pratique, In press, 2010, p37

¹²⁷ DESOBEAU F. « Identité et fonction du psychomotricien » Thérapies psychomotrice et Recherche n° 162, 2010

CONCLUSION

L'addiction est un phénomène complexe que nous avons essayé d'étudier par ce mémoire. Les conduites addictives interrogent sur leur présence, leurs rôles et leurs fonctions dans la vie du sujet. Elles constituent la plupart du temps, une réponse voire une stratégie pour affronter les tensions internes que le sujet ne peut gérer seul, sans substance. L'identité du sujet souffrant d'addiction semble être bafouée, rejetée, stigmatisée. Le sujet se réfugie dans le monde des substances qui lui permet de vivre dans une illusion et dans une foule qui reste « solitaire ». Le renforcement d'une identité peut constituer les bases d'une sécurité interne, qui permettra au sujet d'aller vers l'autre.

Ce mémoire, plus particulièrement tourné vers l'étude des addictions et le maillage avec les différents groupes « traversés » par le sujet, m'a permis de mener différentes réflexions quant à la place du psychomotricien au sein des établissements accueillant une population ayant des problématiques addictives. J'ai pu par le biais de cet écrit, mettre à jour des caractéristiques liées à ce trouble. Il n'est évidemment pas une fin en soi, les réflexions menées continueront leur chemin et ne sont que des prémices pour l'élaboration de prises en soins.

Les personnes que j'ai rencontrées au sein de la Communauté Thérapeutique et au Centre de Soins Adaptés de Prévention en Addictologie, m'ont pour la plupart touchées par leurs sensibilités. L'identité de façade, celle que les sujets rencontrés présentent au premier abord semble mettre les personnes à l'abri des sollicitations surprenantes. Nous pouvons voir des piercings ornés les visages de certains, des tatouages sur le corps d'autres personnes. Ces tracés dermiques se réfèrent à une histoire, celle d'un groupe d'appartenance ou à celle d'une histoire individuelle. La consommation de substances crée un certain refuge, un abandon de la pensée, un oubli social, un sentiment de puissance... Elle permet surtout au sujet de pouvoir vivre seul, accompagné de « sa béquille » chimique.

La demande de soins et le passage en centre de soins résidentiels en addictologie n'est pas chose simple. La substance est une manière de vivre pour les sujets. Les aider à ne plus en avoir recours ne peut être entrepris sans la contenance et le soutien d'une équipe

pluridisciplinaire ainsi que de groupe de résidents. Tout d'abord, il faut essayer de voir la place que prend la consommation de substances dans l'organisation du sujet, le pourquoi de sa consommation. Suite à cela, le sujet apprend petit à petit, à vivre seul, sans cet autre aliénant, en consolidant les bases de sa sécurité interne.

La contenance du cadre permettra à la personne d'y déposer ses doutes et ses craintes pour pouvoir élaborer et créer. Le groupe thérapeutique va alors accueillir, contenir et transformer ce qui se vit dans et par le corps. Le fait de vivre sans substance va entraîner de nombreuses modifications identitaires chez le sujet. Il ne se reconnaît pas, son image corporelle change, il commence à percevoir de nouvelles sensations, il ne partage plus rien avec ses « amis d'addictions ». Ce vide peut être angoissant pour certain. Il s'agira alors de réapprendre à être conscient de celui-ci, à l'accepter sans vouloir le remplir de substances. La prise de conscience de ce sentiment d'être peut être un moyen pour accompagner le sujet dans le renforcement de sa propre identité.

La psychomotricité par son aspect liant psyché et corps, senti, vécu et représenté pourra servir de socle à cette prise de conscience de sentiment d'être. Ainsi, la relaxation ou encore le travail corporel plus dynamique effectué en groupe, permet au sujet de vivre son corps dans un espace et un temps précis en relation avec l'autre. Ses dires sont entendus par le psychomotricien, qui donne une importance et une résonnance à toutes significations tant corporelles que verbales. Le psychomotricien peut ainsi être un des acteurs de la réconciliation du sujet avec soi et dans le réinvestissement du vécu corporel. Ceci pourrait être une base dans le maintien d'une abstinence durable.

Par le biais des stages effectués, j'ai pu observer que le groupe et la prise en soin groupale ont une place prépondérante au sein des centres de soins en addictologie. Le groupe contient, transforme, porte le sujet. Il peut cependant avoir quelques limites (phénomènes d'angoisses ou de sidération pour certains). La prise en soin individuelle offre alors un cadre privilégié au sujet, dans lequel il peut se sentir connu et reconnu au travers d'une relation duelle plus contenante.

ANNEXE

Les traitements de substitution

Les traitements de substitution concernent principalement les opiacés (dont l'héroïne). Celui-ci fait appel à deux médicaments différents :

- La méthadone ®
- La buprénorphine ® (ou subutex®) molécule alternative de la méthadone : substance plus ou moins proche de la morphine qui peut se prendre par cachet

Le traitement vise à stabiliser l'usager de drogue afin de le réinscrire dans une dynamique de soins. La substitution vise à prévenir les symptômes physiques et psychiques de sevrage et à stabiliser la consommation de substances psychoactives. La substitution n'est qu'un des éléments de la prise en charge des patients toxicomanes aux opiacés.

La méthadone, est un opiacé puissant à longue durée d'action. Ce médicament permet d'éviter les symptômes de sevrage tels que les tremblements, l'agitation, les sensations de malaise...

Le traitement par méthadone suit quatre étapes¹²⁸ :

- Une phase d'évaluation préalable avec une évaluation du degré de dépendance, de l'histoire du patient et de sa motivation à poursuivre le traitement
- Une phase d'induction. Cette phase visera l'équilibration de la posologie du patient de manière à ce que celui-ci ne ressentent aucun effet de sevrage
- Un stade de stabilisation
- Une phase de sevrage progressive de la méthadone elle-même

En prise régulière, l'effet euphorisant de la méthadone est quasi inexistant et n'entraîne pas de modification de la conscience ou des capacités intellectuelles. Qui plus est, sa prise journalière unique ainsi que sa demi-vie d'élimination longue permettent une vie sociale et professionnelle.

¹²⁸ ACIER D, Les addictions, Deboeck, 2012, p86

BIBLIOGRAPHIE

ACIER D. *Les addictions*, De Boeck, 2012

ANZIEU D, MARTIN JY, *La dynamique des groupes restreints*, Puf, 1968, p1-50

BECKER H. *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 p64-96

BERGERET J, Toxicomanie et personnalité, Que sais-je ? , Puf, 1994

BLANC A, *La blessure invisible*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2014

BLONDEL M-P, «Objet transitionnel et autres objets d'addiction », *Revue française de psychanalyse* 2/2004 (Vol. 68) , p. 459-467

BLOSSIER P et al. *Groupes et psychomotricité*, Le corps en jeu, Solal, 2002

BRENOT P, *La relaxation*, Que sais-je ?, Puf, 2003

CANGUILHEM G. *Le Normal et le Pathologique*, PUF

CASTAGNE M, «Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? », *Psychotropes* 3/2006 (Vol. 12), p. 71-79

CONEJERO E, *Etre soi parmi les autres*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricité, 2013

COROMA – Neurosciences de l'addiction – Romandiaddiction.fr

DENIS C, LANGLOIS E, FATSEAS M, AURIACOMBE M, « Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels », *Psychotropes* 3/2011 (Vol. 17), p. 85-101

DEQUIRE A F, *Le corps des sans domiciles fixes*, Recherches & Educations, n° 3 Santé et Education, p. 261-286

DESJARDINS-BEGON D, *Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques*. Human health and pathology. 2013.

DESOBEAU F. « Identité et fonction du psychomotricien » *Thérapies psychomotrice et Recherche* n° 162, 2010

EDMOND M. *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*, Dunod, Paris, 2005, p0-35

ERIKSON Erik H. 1972, *Adolescence et crise*, p.167

ENIKO AL. *Relaxation et prévention de la toxicomanie chez les adolescents*, in Jean Marvaud, *Relaxation*, 1995 pp 83 à 89

GAUDRIAULT P, MAILLET C. *Limites et ouvertures dans la relaxation de groupe*, in Jean Marvaud, *Relaxation*, 1995 pp 259 à 265

GUIBERT-LASSALLE A. « Identités des SDF », *Études* 7/ 2006 (Tome 405), p. 45-55

GRABOT D. *Le psychomotricien et les groupes*, *Enfances & Psy*, n°19 page 115 (2002)

LEPLAT F. *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°162-2010, p102-114

MAISONNEUVE J. *La dynamique des groupes*, Que sais-je ?, puf, 2010

MARCELLI D. *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2000, pp126-160

MARIENELLI D. « Addictions : à corps perdu », *Le Portique*, 2002

MIOSSEC A. *De la dépendance vers l'identité*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2006

MOREL A. « Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique », *Psychotropes* 2/ 2010 (Vol. 16), p. 31-48

MOYANO O. « Clinique de l'ennui et recours à l'acte : à propos de l'adolescence délinquante », *Le Journal des psychologues*, 2010/2 n° 275, p. 69-71

OLIVENSTEIN C. *La vie du toxicomane*, Puf, 1991

POTEL C. *Etre psychomotricien*, Eres, 2010

PEDINIELLI, J-C. et G. ROUAN, P. BERTAGNE. *Psychopathologie des addictions*, PUF, 1998

ROBINSON B. *Corps et psychomotricité*, L'Harmattan, 2014, pp60-83

ROUCHON J-F et al. « Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes », *Psychotropes* 3/ 2010 (Vol. 16), p. 89-89

SZTULMAN H, *Adolescences et toxicomanies*, Approche psychanalytique des liens familiaux, Puf, 1989

VAN PELT M et COURTOIS A, « La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation de l'adolescent », *Psychotropes*, 2007/1 Vol. 13, p. 33-55

VENISSE J.L et REYNALD M, *L'addiction... d'abord un manque à être*, Entretien paru dans la Revue diversité n°160 mars 2010 – pp83 à 87.

VERLHAC L, *Sensations et addictions : drogues et sport vus comme des désordres psychomoteurs*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012

WOLFF L, *La toxicomanie dans l'économie du sujet*, mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, 2013

ZAFIROPOULOS, M. et A. DELIRIEU, *Le toxicomane n'existe pas*, Anthropos, 1996

ZAZZO B, *Revendications d'autonomie chez les adolescents de milieux socio-culturels différents*, dans *Enfance*, 1961 vol14, p107-128

<http://www.federationaddiction.fr>

<http://extranet.inserm.fr/colloques-seminaires/journees-recherche-et-sante/addictions/annexes/addiction-avec-ou-sans-substances-une-meme-maladie>,

Intervention de **Jean Pol Tassin**

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	4
L'ADDICTION ET SON REFLET SUR L'IDENTITE	8
1. <u>Complexité du phénomène addictif</u>	8
1.1. De la dépendance à l'addiction	8
1.1.1. Du processus d'attachement vers la dépendance aux substances	9
1.1.2. Etymologie de l'addiction	11
1.1.3. Définition	11
1.2. Les différents types d'addictions	13
1.2.1. Addictions avec substances	13
1.2.2. Sans substances	14
1.3. Théories explicatives de l'addiction	15
1.3.1. Le modèle neurobiologique	15
1.3.2. Le modèle psychanalytique	17
a. Un manque à être ?	17
b. Les modèles de décharge	19
1.3.3. Le modèle multidimensionnel	19
1.3.4. Essai de théorisation en psychomotricité	20
2. <u>L'addiction dans l'identité du sujet</u>	22
2.1. L'identité : définition	22
2.2. « Etre soi dans l'addiction »	23
2.2.1. Des difficultés identificatoires ?	24
2.2.2. Le corps pris dans et par l'agir	25
2.3. L'adolescence : une période d'individuation	28
2.4. « L'identité de façade » ou celle du groupe d'appartenance	29
DU GROUPE DE CONSOMMATION AU GROUPE THERAPEUTIQUE	32
1. <u>Le groupe de consommation</u>	33
1.1. « Outsider » et groupe marginalisé	33
1.2. Les différents apprentissages dans le groupe de consommation	34
1.2.1. De nouveaux mots et techniques	34
1.2.2. L'imitation dans la perception des effets	36
1.2.3. Le goût pour les effets : un apprentissage ?	37

2. <u>Les groupes thérapeutiques au sein des centres de soins résidentiels</u>	40
2.1. CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie	40
2.1.1 L'institution et le fonctionnement	40
2.1.2 L'équipe pluridisciplinaire	41
2.1.3 Le groupe des résidents	43
2.1.4 Les phénomènes groupaux observables	43
2.2. La Communauté Thérapeutique (CT)	45
2.2.1. Historique de la communauté	45
2.2.2. Fonctionnement de la CT	46
2.2.3. Premières impressions vis-à-vis du groupe	46
2.2.4. Les phénomènes de groupe au sein de la CT	48
3. <u>Le groupe thérapeutique en psychomotricité</u>	50
3.1. Le groupe thérapeutique : définition	50
3.2. Le groupe en psychomotricité	51

LE GROUPE THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES SUJETS SOUFFRANT D'ADDICTION 54

1. <u>La médiation thérapeutique</u>	55
2. <u>Le « travail corporel de relaxation »</u>	56
2.1. Définition de la relaxation	56
2.2. Cadre de l'atelier	56
2.2.1. Nom de l'atelier	57
2.2.2. Cadre spatio-temporel	57
2.2.3. Les différents temps de la relaxation	57
2.3. Tonus et respiration : au cœur de la relaxation	58
2.4. La prise de conscience corporelle à la recherche de l'identité	61
2.4.1. De la dépendance chimique à la dépendance « relationnelle »	62
2.4.2. Du corps général au corps subjectif	63
2.4.3. Une réflexion sur l'attitude et la place du psychomotricien	64
3. <u>La relaxation, médiateur de la relation : Marc et son évolution dans la CT</u>	67
3.1. Admission et évolution au sein de la CT	68
3.2. Observations générales	70
3.2.1. Premières impressions	70
3.2.2. Première rencontre	70
3.3. Marc et la relaxation	71
3.3.1. Objectifs en psychomotricité	71
3.3.2. Cadre des séances	72
3.4. Déroulement des séances et évolution de Marc	73
3.4.1. Début de « l'aventure » en phase 1 : du mois d'octobre à janvier	73

3.4.2. « Bond » dans le soin : passage en phase 2 en janvier	75
3.4.3. Déclin du soin ?	77
3.5. Conclusion	78
4. <u>L'atelier d'expression « théâtrale » du CSAPA</u>	79
4.1. Hypothèses de départ	79
4.2. Cadre et déroulement des séances	81
4.3. Retours et critiques sur cette médiation	82
4.3.1. Horaire de l'atelier	82
4.3.2. Dynamique de groupe	82
4.3.3. Une place de stagiaire à définir ?	83
Conclusion	85
Annexe	87
Bibliographie	88
Table des matières	91