



HAL
open science

Les différentes expressions de la dépendance : l'apport de la psychomotricité dans le processus de séparation-individuation chez l'enfant et l'adulte

Anna-Gwen Tireau

► **To cite this version:**

Anna-Gwen Tireau. Les différentes expressions de la dépendance : l'apport de la psychomotricité dans le processus de séparation-individuation chez l'enfant et l'adulte. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359459

HAL Id: dumas-01359459

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359459v1>

Submitted on 2 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris Cedex 14



Les différentes expressions de la dépendance

L'apport de la psychomotricité dans le processus de séparation-
individuation chez l'enfant et l'adulte

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de psychomotricien

Par Anna-Gwen TIREAU

Référent de mémoire :

Mme Dominique NGUYEN XUAN

Session de juin 2016

Remerciements...

A ma référente de mémoire Dominique Nguyen Xuan, pour nos échanges riches, son expérience, son écoute, sa disponibilité, son accompagnement au cours de mon stage et de ce mémoire,

A mes maitres de stage, Matthieu Durdilly et Magali Clarisse, de m'avoir guidée au cours de mon stage,

A Delphine, de m'avoir fait découvrir le métier de psychomotricienne, de m'avoir accompagnée et guidée tout au long des études et de mon mémoire,

Au CAMSP et au service d'addictologie, pour leur accueil,

Aux patients rencontrés au cours des trois années d'études, qui m'ont aidée à avancer sur le plan professionnel,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité et aux professeurs pour leur enseignement riche et la formation de ce métier formidable,

A mes GDB, pour leur soutien

A ma coloc en wifi, pour nos emménagements et déménagements, nos moments de soutien, de détente,

A mes « tuyautés », pour cette super rencontre et ce partage durant trois belles années,

A ma famille, de me suivre, me soutenir et me féliciter dans mes choix et particulièrement à ma mère pour la relecture de ce mémoire

Sommaire

INTRODUCTION	5
PARTIE THEORIQUE	7
I. L' ENFANT ET SES PARENTS	8
1) Les fonctions parentales mises en jeu dans le développement de l'enfant	8
a- <i>Les fonctions maternelles</i>	8
b- <i>Les fonctions paternelles</i>	10
c- <i>Le développement de la relation</i>	11
2) Le processus de séparation-individuation	12
a- <i>Fonctions du Moi-peau</i>	12
b- <i>L'attachement et le care-giving</i>	14
c- <i>Le processus de séparation-individuation et sa problématique</i>	16
d- <i>Les interactions précoces</i>	17
e- <i>Les étapes psychomotrices ayant un impact dans l'individuation</i>	18
II. LA PROBLEMATIQUE DE DEPENDANCE CHEZ L'ADULTE	20
1) La dépendance affective	20
2) Définition de la dépendance	21
3) La dépendance à des produits	22
a- <i>L'addiction</i>	22
b- <i>La problématique de l'alcool et ses conséquences au niveau neurologique</i>	24
c- <i>Les perturbations psychomotrices liées à la dépendance</i>	25
PARTIE CLINIQUE	28
I. LA DEPENDANCE DANS UN SERVICE POUR ENFANT	29
1) L'institution	29
a- <i>Présentation</i>	29
b- <i>La place de la psychomotricité</i>	29
2) Le cas de Léo.....	30
a- <i>Anamnèse</i>	30
b- <i>Première rencontre</i>	34
c- <i>Evolution</i>	36
II. LA DEPENDANCE DANS UN SERVICE POUR ADULTE	39
1) L'institution	39
a- <i>Présentation</i>	39

b- <i>La place de la psychomotricité</i>	40
2) Rencontre avec M. Marchand.....	41
a- <i>Anamnèse</i>	41
b- <i>Première rencontre</i>	43
c- <i>Evolution</i>	44
3) Rencontre avec M. Durant	47
a- <i>Anamnèse</i>	47
b- <i>Première rencontre</i>	50
c- <i>Evolution</i>	51
DISCUSSION	54
I. QUAND LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA DEPENDANCE SE MELENT	55
1) Le suivi de Léo	55
2) Le dispositif thérapeutique de M. Marchand	60
3) L'accompagnement de M. Durant	65
II. POURQUOI ETABLIR UN LIEN ENTRE CES STRUCTURES	69
III. LA PSYCHOMOTRICITE	70
1) En quoi le travail et les problématiques du psychomotricien peuvent être semblables dans deux structures différentes ?.....	70
2) Mes ressentis et ma place de stagiaire	73
a- <i>Le CAMSP</i>	73
b- <i>Le pôle d' addictologie</i>	75
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXE	85

INTRODUCTION

Notre vie, notre parcours est fait d'un ensemble de rencontres. Celles-ci nous forgent, nous construisent, nous détruisent.

« En chemin au fil du temps j'ai fait des sacrées rencontres, des trucs impressionnants, faut vraiment qu'j'vous raconte »¹ .

L'addiction est une rencontre entre un contexte, une personnalité et une substance.

« Evidemment j'étais pas tout seul, j'avais envie de faire connaissance Y avait un tas d'personnes, et personne marchait dans l'même sens Alors j'continuais tout droit mais un doute s'est installé »² .

Cette année ma rencontre se fait avec l'addictologie. Il s'agit d'un domaine nouveau et inconnu. Je me présente au stage avec l'envie de tout apprendre. Je découvre un lieu où la dépendance aux substances a des enjeux considérables.

Au cours de mon second stage au CAMSP, un petit garçon me questionne. En dehors de sa pathologie génétique, son comportement m'interpelle. Il boit les paroles et actes de l'adulte comme le fait un sujet alcoolique avec sa consommation. Il est comme dépendant de l'adulte qui l'entoure. Une question centrale m'apparaît alors :

Quels seraient les liens entre la dépendance de l'adulte et celle de l'enfant d'un point de vue psychomoteur ?

J'aspire à évoquer ces difficultés au sein de mon mémoire et tenter de répondre aux interrogations qui émergent tout au long de cette année d'expérience et de découverte.

¹ GRAND CORPS MALADE, (2006), *Rencontres*, AZ

² *Ibid.*

Je suis partie de ma clinique, de l'observation des patients et de mes échanges avec mes différents maitres de stage.

Le développement psychomoteur est essentiel au bébé pour se construire et se forger une identité. Pour cela des bases sont nécessaires. Le processus de séparation-individuation est incontournable pour permettre au bébé de s'individualiser par rapport à l'adulte. En consommant de manière addictive de l'alcool, le sujet rejoue cette étape du développement.

Pour tenter de répondre à ces questionnements, ma partie théorique exposera les différentes interactions, qui entrent dans l'indépendance, entre le nourrisson et son environnement. J'évoquerai la problématique de la dépendance chez l'adulte.

Au cours de ma partie clinique, je présenterai les institutions dans lesquelles je réalise mes stages pour cette dernière année. Je décrirai ensuite les histoires de Léo³, de M. Marchand. et de M. Durant. Le chemin parcouru avec chacun d'entre eux sera détaillé.

Pour terminer je développerai au sein de ma discussion, les différentes remarques et interrogations auxquelles j'ai été confrontée tout au long de l'année. Je tenterai de faire un lien entre les antécédents de l'enfance et leurs conséquences sur des conduites à l'âge adulte. La psychomotricité auprès de ces deux populations différentes se trouve au cœur de mes interrogations.

³ Afin de préserver l'anonymat des patients, les noms et prénoms ont été modifiés

PARTIE THEORIQUE

I. L'ENFANT ET SES PARENTS

1) Les fonctions parentales mises en jeu dans le développement de l'enfant

a- Les fonctions maternelles

Winnicott à propos des mères « Parmi les choses courantes que vous faites, vous accomplissez tout à fait naturellement des choses très importantes. Ce qui est beau ici, c'est qu'il n'est pas nécessaire que vous soyez savante ; vous n'avez même pas besoin de penser si vous ne le désirez pas [...] Peu importe, toutefois, cela n'a rien à voir avec le fait que vous soyez ou non une bonne mère. »⁴

A sa naissance le *tout-petit* est *dépendant* de son entourage notamment de sa *figure maternelle*. Elle remplit des compétences inconscientes et primordiales dans la construction psychique et corporelle du nourrisson, bien que celui-ci y participe de manière active.

J'appuie ma réflexion sur les travaux de Winnicott.

Ce dernier considère le processus de développement du nourrisson comme un cheminement allant de l'illusion à la désillusion. Au début de sa vie, le *nouveau-né existe au travers de sa figure maternelle* et des soins maternels qui lui sont prodigués. Elle est alors dans une phase de *préoccupation maternelle primaire*. Celle-ci lui donne la capacité de se mettre à la place de son enfant et de s'assurer qu'il ne manque de rien. Seul le bébé va exister et la mère fera en sorte d'être au plus près de ses besoins. On dit alors que l'enfant se trouve dans *l'illusion de toute-puissance*, permise par sa mère « d'ordinaire naturellement dévouée »⁵. Elle ne se préoccupe que de son bébé, va l'apaiser, lui donner les réponses qu'il cherche : elle est le bébé et le bébé est elle.

Pour le bon état psychique de l'enfant, la mère va devoir quitter cet état de préoccupation maternelle primaire. Progressivement, la mère accepte de ne plus être totalement gratifiante, elle devient *suffisamment bonne*. Cela signifie qu'elle présente des défaillances transitoires que l'enfant est capable de supporter.

¹ Winnicott D.W., 1957, p.11

⁵ Winnicott D.W., 1992, p.20

Winnicott distingue aussi trois rôles à la fonction maternelle : le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting*.⁶

Le holding correspond à la manière dont la figure maternelle *soutient le corps de son bébé ainsi qu'aux attitudes et comportements de maternage*. Il s'agit du soutien, du maintien, de la maintenance (du psychisme) de l'enfant, non seulement sur le plan physique mais aussi psychique. L'enfant est inclus initialement dans le fonctionnement psychique de la fonction maternelle. C'est la manière dont la mère va parler, regarder, toucher, porter son bébé mais également mettre du sens sur les émotions du bébé. Le holding contribue à élaborer un environnement qui contient, unifie et solidifie. C'est une tenue vivante, humaine. Winnicott décrit une phase de dépendance absolue entre la mère et son bébé.

Le handling fait intervenir les *manipulations quotidiennes du corps* : soins de toilette, habillage, mais aussi caresses, échanges cutanés multiples.

L'*object-presenting* caractérise la capacité de la figure maternelle à *mettre à disposition de l'enfant l'objet au moment précis où il en a besoin*. Si la présentation se fait trop tôt, l'enfant perd la possibilité de faire l'expérience du besoin et du désir. Au contraire, si la présentation est trop tardive, le bébé tend à supprimer son désir, afin d'éviter d'être envahi, anéanti par le besoin et la colère. Au début, la figure maternelle va présenter l'objet au moment précis où l'enfant en exprime le besoin, il est alors en *dépendance absolue*. Progressivement, elle va s'autoriser des plages d'attentes ; des temps de suspension durant lesquels l'enfant va entrer dans l'expérience de la frustration. Il entre dans une *dépendance relative*.

La mère a également le rôle de *pare-excitation* pour son enfant. Elle le protège de tout excès de stimulations ou d'éléments néfastes de l'environnement.

A travers les soins maternels et ses interactions, le nourrisson disposera de toutes les conditions nécessaires pour se développer.

⁶ Issu du cours de MASSOUTRE B., (2014), Paris, *Winnicott*, non publié à ce jour

Cependant, comme le dit Winnicott « Les pères jouent également un rôle dans tout cela [...] »⁷.

b- Les fonctions paternelles

La figure paternelle a également sa place dans le bon développement de son enfant, ses interactions sont aussi importantes que celles de la mère, « [...] non seulement parce qu'ils peuvent être de bonnes mères pendant des périodes de temps limitées, mais aussi parce qu'il peuvent aider à protéger la mère et le bébé contre tout ce qui tend à s'immiscer dans le lien existant entre eux, ce lien qui constitue l'essence et la nature même des soins maternels. »⁸

Le rôle paternel est représenté par 4 fonctions.⁹

Le *père social* correspond à la *figure paternelle de la réalité*, celui qui soutient l'ensemble des activités culturelles, professionnelles, éducatives, familiales que lui confère le droit ou l'usage. Est confié au père social un statut de représentant et de responsable des obligations et des interdits extérieurs au cercle familial.

Le *père biologique* est le *géniteur*. Il a apporté les gamètes mâles qui ont permis une conception et une grossesse maternelle.

Le *père symbolique* désigne le garant d'une *fonction tierce* par rapport au couple mère-bébé. Cette fonction concerne plus précisément le respect de la loi sexuelle à l'intérieur de la famille. Porteur de l'interdit de l'inceste, le père symbolique incarne une instance de parole millénaire mettant entre la mère et l'enfant une limite à des penchants libidinaux ou à des captures affectives que favorise la promiscuité charnelle. Cette fonction de tiers séparateur dans la dyade mère-enfant va permettre de mettre fin à la période où la figure maternelle est dans une préoccupation maternelle primaire pour être suffisamment bonne, comme j'ai pu l'expliquer auparavant.

Le *père idéal* est une *instance psychique*. La capacité de tout savoir, de tout pouvoir, d'être parfaitement juste, de donner un sentiment de sécurité et de ne

⁷ Winnicott D.W., 1957, p.12

⁸ *Ibid.*

⁹ Issu du cours de FRADET VALLEE Y., (2015), Paris, Petite enfance, non publié à ce jour

vouloir que le bien, font partie de la perspective du père idéal envers son enfant. Dans l'inconscient, cette toute puissance est associée à ce qu'il détient le phallus.

c- Le développement de la relation

Au cours de son développement, le bébé entreprend différents types de relations avec son environnement. Cela dépend des étapes de son développement et de sa maturation, des stimulations qu'il reçoit et de son niveau psychoaffectif. L'attachement que je vais vous décrire par la suite, permet à l'enfant de se développer au niveau affectif mais aussi social. La sécurité interne permettrait à l'enfant d'explorer son environnement et donc de développer des compétences sociales. Ainsi la sphère sociale serait indissociable de la sphère affective.

Au début de sa vie, le bébé se situe dans une *relation duelle et fusionnelle* avec sa mère. Il s'agit d'une *relation symbiotique*. « L'autre peut devenir objet d'angoisse par la menace qu'il représente ou qu'on lui attribue, que celle-ci soit réelle ou fantasmatique, porte sur l'identité, l'intégralité de soi, sur le lien ou la fusion avec l'objet aimé ou encore, plus tard, sur une partie hautement investie de soi-même, comme dans l'angoisse de castration. »¹⁰

Cette relation ne dure pas longtemps car la figure paternelle est au centre de ce couple mère-bébé. Le père intervient en tant que père symbolique que j'ai décrit précédemment. Détenant la fonction de tiers séparateur, il va permettre au bébé de se tourner vers une autre figure que celle de la mère. Une *relation triangulaire* s'instaure alors entre le bébé et ses deux parents. « De ce fait, parler du père comporte toujours une dimension particulière puisque, via l'accès à la tiercéité, c'est le père qui nous permet de parler [...] »¹¹ .

Cette nouvelle relation au cours du développement de l'enfant est primordiale et amorce la suivante. En effet « [...] le rôle paternel d'*ouverture vers le monde*, de médiation sociale et d'initiation aux conventions et aux normes [...] »¹² permet au bébé de se tourner vers l'environnement extérieur. Il ne reste plus dans cet échange à trois. Cette ouverture sur le monde va permettre au bébé de se construire, « [...] l'enfant parvient à conjuguer une dynamique d'individuation et de différenciation, la

¹⁰ LE RUN J.-L., GOLSE B., 2008, p. 11

¹¹ *Ibid*, p. 34

¹² *Ibid*, p.53

marche vers l'autonomie et, complémentairement, une dynamique d'affiliation et d'adaptation aux milieux de vie, une dynamique qui passe par la conquête des langages, des savoirs, des rites, des normes, des valeurs...par une enculturation en quelque sorte [...] »¹³

Les différentes interactions du bébé avec les partenaires vont influencer son développement affectif et relationnel.

2) Le processus de séparation-individuation

a- Fonctions du Moi-peau

Le *Moi-peau* est un concept développé par Anzieu. Il est construit à partir d'une hypothèse freudienne : les *fonctions psychiques se construisent à partir des fonctions corporelles*. « Par *Moi-peau*, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »¹⁴

On dénombre 8 fonctions du *Moi-peau*.

La fonction de *maintenance* se met en place grâce au holding maternel de Winnicott, décrit précédemment. La peau remplit une fonction de soutien du squelette et des muscles, tout comme le *Moi-peau* remplit une fonction de *maintenance du psychisme*. Le bébé intériorise les bons éléments et « L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arête solide permettant de se redresser. »¹⁵ Cela signifie que le bébé se redresse corporellement et psychiquement et se porte à la fois physiquement et psychiquement.

La fonction de *contenance* est permise par le handling maternel. Les jeux entre le corps de la mère et celui du bébé, les interactions permettent au nourrisson

¹³ Ibid, p.45

¹⁴ Anzieu D., 1985, p.39

¹⁵ Ibid, p.98

d'éprouver progressivement des sensations et des émotions qui lui sont propres. Ces expériences apportent le *sentiment de continuité et d'unité*.

La carence de cette fonction peut entraîner deux types d'angoisses : l'angoisse d'une excitation pulsionnelle, diffuse, non-apaisable ; l'angoisse d'avoir un intérieur qui se vide telle une passoire.

La fonction de *pare-excitation* permet au nourrisson de ne pas être exposé à des stimulations internes et externes excessives. La mère assure ce rôle au début puis le *Moi-peau* va progressivement aider l'enfant à disposer de cette fonction.

La fonction d'*individuation* de soi va permettre l'expérience du sentiment d'être unique, d'avoir sa propre peau et un espace psychique possédant ses frontières. La surface de la peau sépare le corps de l'extérieur. Le Moi de l'enfant va émerger et une unité au sein de l'individu se met en place. « Le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi qui apporte à celui-ci (l'enfant) le sentiment d'être un être unique. »¹⁶

La fonction d'*intersensorialité* est permise par le Moi-peau, surface psychique, qui met en lien les différentes sensations entre elles. Une signification est alors donnée à chacun des sens. La carence de cette fonction entraîne une angoisse de morcellement du corps, de démantèlement où les organes des sens ne communiquent pas entre eux.

La fonction de *soutien de l'excitation sexuelle* est liée à l'investissement libidinal de la peau, surface réceptive, de l'enfant par sa mère, au plaisir que celle-ci prend à s'occuper de son bébé. Les zones érogènes seront alors localisées.

La septième fonction est la *recharge libidinale du fonctionnement psychique*. Elle correspond au maintien de la tension énergétique interne, la tension du Moi. La carence au niveau de cette fonction entraîne une angoisse d'explosion de l'appareil psychique sous l'effet de surcharge d'excitation ; ou une angoisse du Nirvana. Il s'agit d'une angoisse devant l'extinction de tous les désirs.

¹⁶ *Ibid*, p.102

Enfin la dernière fonction du Moi-peau est *l'inscription des traces sensorielles* permise par la peau qui perçoit les informations extérieures. Les signes prennent du sens et les symptômes sont incrustés dans le Moi.

b- L'attachement et le care-giving

L'attachement est un *lien affectif et social* développé par une personne, ici le bébé, envers une autre. La théorie de l'attachement a été développée par Bowlby. Selon lui, le nourrisson a besoin de développer une relation d'attachement. « L'attachement peut être considéré comme une stratégie adaptative et protectrice du bébé face à son environnement [...] »¹⁷. La construction des premiers liens entre l'enfant et la mère répond à un besoin biologique fondamental primaire : on doit de ce fait abandonner la théorie selon laquelle la nourriture est le seul besoin originaire. Des comportements innés du bébé sont à l'origine de cet attachement : les pleurs, la succion, l'agrippement. Ils permettent de maintenir une proximité physique et l'accessibilité à la mère.

Le *care-giver* est la personne qui organise les soins répondant aux besoins d'attachement du nourrisson. Cette personne peut être la figure maternelle, la figure paternelle ou une autre personne. Pour qu'un care-giver puisse devenir une figure d'attachement et participer au mieux au développement de l'enfant, il doit prendre soin physiquement et émotionnellement de lui. Il doit avoir une présence importante et régulière auprès de lui et l'investir émotionnellement. La menace de la perte de cette personne préférentielle engage de l'anxiété, et la menace effective engage du chagrin.

Pour Bowlby l'attachement se définit comme n'importe quel type de comportement, dont le résultat est qu'une personne obtient ou conserve une proximité à un autre individu donné, pour lequel existe une préférence.

Bowlby décrit 4 phases dans l'évolution du comportement d'attachement :

- L'orientation de signaux *sans discrimination de figure* : l'enfant se comporte de façon caractéristique mais ne fait pas de distinction entre une personne ou l'autre. Pour lui, cette phase dure de la naissance jusqu'à la 8^{ème} semaine.

¹⁷ BARTHELEMY L., GOLSE B., BULLINGER A., 2013, p.110

Cette façon que l'enfant a de se conduire vis-à-vis d'une personne qui est dans son voisinage a plusieurs aspects :

- 1) orientation vers cette personne
- 2) suivre des yeux
- 3) essayer d'atteindre et attraper
- 4) sourire et babiller.

Au bout d'un certain temps, l'intensité de ces signaux augmente et va influencer le comportement de l'Autre. Bowlby décrit une réponse sociale complète dans toute sa spontanéité au cours de la 12^{ème} semaine.

- L'orientation et les signaux vont être dirigés vers une *figure discriminée* : une personne se distingue des autres en ce sens qu'elle répond à l'enfant. Cette phase peut durer jusqu'à 6 mois et plus.
- *Maintien de la proximité au moyen de la locomotion* : Ainsworth décrit une base de sécurité à partir de laquelle l'enfant va faire des allers-retours grâce à ses capacités locomotrices. A partir de cette base de sécurité, l'enfant peut partir en exploration.
- Formation d'une association rectifiée quant aux buts : l'enfant va accepter que l'objet, c'est-à-dire la figure maternelle, soit un objet *indépendant* et donc que l'Autre n'est pas lui.

L'évolution du comportement d'attachement se fait avec l'âge. Il est façonné par les relations expérimentées avec les différents individus de l'environnement et par la prise de conscience de l'enfant de son éventuelle influence sur le comportement d'attachement, sur le care-giver.

Pour Bowlby, ce comportement d'attachement est aussi intense au cours de la 2^{ème} et de la 3^{ème} année. A cet âge là, l'enfant commence à accepter l'absence temporaire mais sous conditions : il peut passer d'un objet à l'autre si la personne est connue de l'enfant, s'il n'est pas alarmé et qu'il est en bonne santé, et enfin que l'enfant sache où est l'objet d'attachement.

A 3 ans c'est moins intense, l'enfant revient uniquement s'il est alarmé.

L'attachement est donc dans la constitution fondamentale de l'Être. Nous avons vu la manière dont l'instauration de ce lien entraîne un *sentiment de sécurité de base*, sentiment de sécurité interne. Quand il se sent suffisamment en sécurité, l'enfant s'éloigne de sa figure d'attachement pour explorer. Pour Guedeney, cette base de sécurité est « un facteur de résilience, de ressource et de protection face aux défis du développement et des épreuves de la vie »¹⁸ Les fonctions de l'attachement sont ainsi définies par une protection, un réconfort et une consolation quand le bébé perçoit des menaces extérieures ou internes.

Lorsque les liens d'attachement sont suffisamment construits et stables, une base de sécurité est instaurée. Le bébé développe alors des relations sociales et de nouvelles compétences telles que la capacité à se séparer.

c- Le processus de séparation-individuation et sa problématique

Le processus de séparation-individuation suit quatre stades pour amener à l'autonomie :

1. L'état de *dépendance* : il s'agit d'une dépendance absolue puis relative du tout-petit par rapport à sa mère. ce stade est décrit par Winnicott.
2. L'état de « *contre dépendance* » correspond à une phase d'opposition et d'affirmation du bébé en lien avec le développement de la conscience de soi.
3. L'*indépendance* : elle concorde avec la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. L'individu n'a plus aucun compte à rendre et a une attitude narcissique. Cette étape de bien des dangers permet un jaillissement de vie, de créativité et de pouvoir sur soi-même.
4. L'*interdépendance* ou la manière de composer avec ses dépendances. Plus on connaît ses forces et ses faiblesses, plus on se reconnaît soi-même, et plus on est reconnu par les autres.¹⁹

Afin d'accéder à ses stades, des ressources personnelles sont nécessaires à l'autonomie :

- Savoir prendre des initiatives, des responsabilités, être persévérant, réaliste, se servir de ses expériences et connaître et exprimer ses désirs et ses besoins.

¹⁸ GUEDENEY N., 2005, p.38

¹⁹ Issu du cours de FRADET VALLEE Y., (2015), Paris, Petite enfance, non publié à ce jour

- Avoir des compétences dans les relations humaines : respect de l'Autre, tolérance, savoir vivre, esprit de coopération.

« Se séparer implique toujours de la perte, du renoncement, de la douleur [...] »²⁰ .

d- Les interactions précoces

« Etre portés, bercés, caressés, être tenus, être massés autant de nourriture pour les petits enfants, aussi indispensables, sinon plus, que les vitamines, sels minéraux et protéines. S'il est privé de tout cela et de l'odeur, de la chaleur, de la voix qu'il connaît bien l'enfant, même gorgé de lait, se laissera mourir de faim. »²¹

L'interaction se définit comme l'*action réciproque* de deux phénomènes. En ce qui concerne les interactions précoces, les phénomènes ne sont rien d'autres que le bébé et l'objet (la figure maternelle ou paternelle). Elle suppose au minimum l'action d'un partenaire et une réponse de celui à qui l'action est adressée. Lebovici et Stoleru définissent l'interaction mère-enfant comme « le processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains 'messages' tandis que le nourrisson, 'à son tour', 'répond' à sa mère à l'aide de ses propres moyens. L'interaction mère-nourrisson apparaît ainsi comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échanges »²² . Ces interactions précoces sont dans un processus d'*influence réciproque*. Le modèle d'une *spirale transactionnelle* ou *interactionnelle* illustre mes propos. « La relation parent-nourrisson est conçue comme faite de processus bidirectionnels, où le bébé est non seulement soumis aux influences de ses parents mais également à l'origine de modifications tout à fait considérables chez ces derniers [...] »²³

Il existe différentes interactions précoces : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques. Ces trois niveaux d'interactions interagissent entre eux.

Les *interactions comportementales* correspondent à l'ensemble des *échanges directement observables entre la figure maternelle et son bébé*. Pour cela les aspects corporels, visuels et vocaux entrent en jeu. Les interactions corporelles impliquent le holding et handling que j'ai pu décrire précédemment, mais également la manière

²⁰ MORIN G., BOUYCHOU M., VAN CAEYSEELE A., 2014, p. 72

²¹ LEBOYER F., 1976

²² LEBOVICI S., STOLERU S., 1994, p. 95

²³ MAZET P., STOLERU S., 1993, p. 76

dont le bébé se moule au corps de sa maman. La notion de dialogue tonique décrite par Ajuriaguerra est introduite dans les interactions *corporelles* entre le nourrisson et sa mère. Les interactions *visuelles* sont présentes dans le contact œil à œil entre la mère et son bébé. Dès la naissance, ce regard mutuel est exploité. Enfin les cris et pleurs du bébé constituent les interactions vocales du bébé envers sa mère. Cette dernière utilise une prosodie particulière, un timbre de voix plus aigu, une voix chantante, rythmée, à l'élocution ralentie pour s'adresser à son enfant. Les interactions *vocales* modifient le vécu affectif des parents et favorisent le rapprochement spatial entre la mère et le nourrisson.

Les interactions *affectives* sous-entendent le « *climat émotionnel* »²⁴ dans la relation parents-enfant. Elles sont plus précisément caractérisées par *l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle des parents*. Stern évoque *l'accordage affectif*, essentiel dans les interactions. « C'est un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la rejouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne. »²⁵ Ceci implique un système de régulation mutuelle, on dit que le bébé et la figure maternelle sont accordés.

Les interactions *fantasmatiques* concernent *l'influence réciproque* dans la relation mère-bébé du *déroulement de la vie psychique*. Elles correspondent à « [...] la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et la manière dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à –et modifient– ceux de l'autre. »²⁶ La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle des parents. Cette dernière est liée à leur vie affective, à leur histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales.

e- Les étapes psychomotrices ayant un impact dans l'individuation

Le développement de l'enfant fait intervenir différents processus à des âges clés. Ces derniers sont essentiels et prennent part à la séparation et à l'individuation de l'enfant vis-à-vis de ses parents.

²⁴ MATHIEU C., (2003), *Les relations précoces parents-enfant et leurs dysfonctionnements*, Mémoire de Psychomotricité, P. M. Curie

²⁵ GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., MOYANO O., SCIALOM P., CORRAZE J., 2012, p. 292

²⁶ MAZET P., STOLERU S., 1993, p.86

Les *premiers redressements* du bébé permettent à celui-ci de se tenir seul et ainsi ne plus être constamment à bras. A partir de 2 mois, il commence à tenir sur ses avant-bras en position ventrale et à soulever légèrement sa tête. Le bébé peut alors avoir une vision plus globale de son environnement. Les redressements évoluent progressivement pour permettre au bébé de tenir assis seul aux alentours de 8 mois. Il est capable de se retourner du dos sur le ventre et inversement et utilise ses retournements comme premier mode de locomotion. Il n'est plus dans une totale dépendance de l'objet, sa mère, pour se déplacer.

Le *4 pattes*, vers 10 mois, marque également un tournant dans le développement de l'indépendance. L'enfant n'est plus à attendre que sa figure maternelle soit présente et le prenne dans les bras pour qu'il se déplace.

Vers 11-12 mois, la *marche* commence à émerger et annonce un début d'individuation. Le déplacement autonome permet l'éloignement de la figure maternelle. Pour marcher il faut que le bébé sente qu'il puisse se séparer en toute sécurité de sa mère. Il est alors maître de la distance physique qui le sépare d'elle. Durant cette même période de développement, l'enfant s'initie à pointer de l'index les objets. Il est sur le chemin de l'individuation et de l'affirmation de soi. L'apparition du langage est une étape de plus dans l'individuation et la séparation. En effet la figure maternelle n'est plus dans un processus de prêter son appareil à penser afin d'évaluer les besoins de son enfant. Celui-ci exprime verbalement et indépendamment de sa mère ce qu'il souhaite.

L'*évolution de la motricité* chez l'enfant implique qu'il saute, court et s'éloigne un peu plus de sa mère. Il évolue dans un monde qu'il découvre grâce à cette nouvelle motricité qui fait de lui un être indépendant sur le plan moteur.

L'exploration de l'espace est alors possible selon les déplacements du bébé, de même que la découverte des objets.

L'utilisation d'un *objet transitionnel* permet une transition entre l'indifférenciation mère-bébé. Blondel parle de « [...] relation d'addiction à un objet autre que la mère, qui serait alors un premier déplacement des investissements psychiques. »²⁷ Cependant ce n'est pas l'objet qui est transitionnel mais l'utilisation que l'enfant en

²⁷ BLONDEL M.-P., 2004, p. 460

fait. Le doudou constitue l'objet transitionnel principal. Sa fonction est qu'il « dégage l'enfant du besoin de la mère elle-même, devenant plus important qu'elle. »²⁸

L'utilisation du *langage* « permet au petit enfant d'exprimer de mieux en mieux et de plus en plus ses propres attentes et besoins, lesquels pourront, tôt ou tard, aller ensuite à l'encontre de ceux de la mère »²⁹. Le langage constitue l'instrument principal pour obtenir une plus grande autonomie dans la relation mère-enfant et donc dans l'individuation.

Le *jeu symbolique* engage l'enfant dans un processus d'individuation « qui passe par une forme d'imitation des comportements sociaux qu'ils ont observé mais aussi par une redéfinition, une appropriation personnelle de ceux-ci et de fait, par une forme de créativité. »³⁰ L'enfant n'imité pas uniquement ce qu'il perçoit de la réalité. « Le jeu met l'enfant en relation avec de l'incertitude, de l'inconnu. Par l'imprévisibilité du jeu, son caractère incertain, il y a mobilisation chez l'enfant d'une forme de recherche, de découverte, d'invention qui favorisera bientôt le développement d'une pensée non-conforme, ouverte aux désirs, à l'étrange et ne renonçant pas à explorer des voies inédites et à se détacher de la réalité ou de ce qui est perçu a priori. »³¹

Voici autant d'étapes du développement psychomoteur qui participent à la séparation et individuation de l'enfant par rapport à l'adulte. Il n'est alors plus dépendant. Mais quant est-il des adultes dans la dépendance ?

II. LA PROBLEMATIQUE DE DEPENDANCE CHEZ L'ADULTE

1) La dépendance affective

La dépendance psychoaffective correspond à *chercher aide et protection auprès d'autrui*, à s'en remettre à autrui pour toute décision. Il s'agit de l'incapacité à entreprendre de son propre chef, à assumer ses choix et ses responsabilités, à vivre seul et à rester seul.³²

²⁸ *Ibid.*

²⁹ STIERLIN H., 2003 p.7

³⁰ DAVID R., OBLIN N., 2012, p. 5

³¹ *Ibid.* p. 6

³² Issu du cours de FRADET VALLEE Y., (2015), Paris, Petite enfance, non publié à ce jour

Cette dépendance engendre une demande plus ou moins avide, permanente, insistante, exigeante vis-à-vis de tiers. En effet, elle se caractérise « par incapacité non seulement d'être seul mais aussi de refuser, de dire non, de prendre la parole en son nom propre. »³³

« La dépendance affective est insupportable parce que la fusion des désirs et des pensées abolit la différence et n'a pas d'autre alternative acceptable que le vide et la détresse. »³⁴

Les personnes souffrant de dépendance à une substance peuvent également présenter une dépendance affective à une structure.

2) Définition de la dépendance

Comme l'affirme M. Reynaud, la dépendance est une *perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique* d'un individu. Il s'agit d'une pathologie. « [...] elle indique une certaine forme d'asservissement, implique une perte de liberté. »³⁵ Je souhaiterais ajouter que « la dépendance traduit notre difficulté à gagner en autonomie, à grandir et à progresser. »³⁶

Le DSM IV (1994) décrit la dépendance comme :

« Un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

- 1- Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a- besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b- effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance

³³ BRUSSET B., 2004, p. 413

³⁴ *Ibid.*

³⁵ SAIET M., 2011, p.11

³⁶ de GRAVELAINE F., SENK P., 1995, p.19

- 2- Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a- syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b- la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3- La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu
- 4- Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
- 5- Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- 6- D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
- 7- L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance. »³⁷

Au cours de mon mémoire, j'évoque et étudie la dépendance à l'alcool. Toutefois, « la dépendance peut englober une multitude d'objets de passion : chacun peut en effet être tributaire, dépendant de quelque chose, être, objet, groupe, famille, institution, etc. »³⁸

3) La dépendance à des produits

a- L'addiction

Le terme d'addiction est apparu en psychiatrie dans les pays anglo-saxons. L'addiction se caractérise par l'*impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives*. Ce comportement a pour but la production de *plaisir* et le contournement d'une sensation de malaise interne.

³⁷ REYNAUD M., 2005, p.11

³⁸ SAIET M., 2011, p.12

L'addiction est une forme de dépendance. Nous pouvons retrouver des similitudes notamment avec les critères pour le diagnostic de trouble addictif dans le DSM IV décrit par Goodman :

« Les critères sont les suivants :

- Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique
- Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement
- Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement
- Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement
- Au moins cinq des items suivants :
 - Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation
 - Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée
 - Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement
 - Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets
 - Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies
 - D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement
 - Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement
 - Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité
 - Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi
- Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée ».

L'alcool-dépendant est un sujet qui sait que « l'alcool le tue mais qui ne peut vivre sans »³⁹.

b- La problématique de l'alcool et ses conséquences au niveau neurologique

L'alcool à forte dose est mauvais pour la santé, nous le savons tous, il s'agit d'une vérité générale. Mais qu'en est-il au niveau cérébral ?

Le circuit neurologique est un phénomène complexe que je ne vais pas développer⁴⁰. Je me contenterai de décrire brièvement le circuit de la récompense et les conséquences de l'alcool.

Le *système de récompense*, qui est présent chez tous les mammifères, permet de connaître l'état dans lequel les mammifères, et notamment l'Homme, se situent.⁴¹ « Le système de récompense évalue, dans un premier temps, la valeur hédonique des stimuli rencontrés dans l'environnement. Il permet également de prédire la récompense qui devrait suivre un certain stimulus. »⁴²

Ce circuit est formé de structures cérébrales communicantes, reliées les unes aux autres : le cortex préfrontal, le septum, le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe. Lorsqu'elles sont activées une satisfaction apparaît.

Le mésencéphale comprend les corps cellulaires des neurones à dopamine. La *stimulation des neurones* à dopamine par des substances endogènes, soit celles synthétisées par l'organisme lui-même, entraîne une *production accrue de dopamine*. L'ensemble des structures du circuit est stimulé. La libération de dopamine dans certaines zones du cerveau entraîne une *satisfaction*, peu importe la situation dans laquelle on se trouve. Il est important de noter que plus une stimulation active le circuit de récompense plus elle est mise en mémoire pour ensuite être recherchée et répétée.

³⁹ EXPOSITO C., 2010, p.96

⁴⁰ Je vous laisse vous référer à l'ouvrage *Aspects neurologiques de l'addiction*, de BRUST John C.M.

⁴¹ Vidéo traitant le circuit de la récompense et les répercussions des drogues, par TASSIN J.-P., (2012), <https://www.youtube.com/watch?v=8IBnn0MV4Z4>

⁴² BAILLY D., VENISSE J.-L., 2001, page 52

L'alcool a la propriété de *libérer de la dopamine* dans les structures du cerveau. Cette substance se fixe sur les neurones à dopamine, ce qui augmente la production de dopamine.⁴³ « [...] la libération de dopamine est beaucoup plus longue que dans celle des récompenses naturelles. »⁴⁴ L'alcool active ce système dopaminergique et donc renforce le circuit de la récompense. L'envie de consommer arrive également à activer les régions. Le circuit étant en constante stimulation, la mise en mémoire est d'autant plus importante, ce qui motive à consommer. Le circuit de récompense « serait impliqué dans les effets de renforcement, la mémoire et les réponses conditionnées au craving et aux conséquences motivationnelles et émotionnelles du manque et du besoin »⁴⁵.

Les modifications au niveau du circuit de la récompense ne sont pas les seules répercussions de l'alcool. L'alcoolisation chronique entraîne très souvent des *troubles cognitifs*, à savoir : atteinte de la mémoire à court terme, des capacités d'abstraction, de l'attention, de la concentration, des fonctions visuo-motrices et visuo-spatiales, des stratégies, de la flexibilité intellectuelle. L'atteinte du lobe frontal est en lien avec des anomalies cognitives ou comportementales spécifiques. On note par exemple la difficulté à planifier, organiser, résoudre des problèmes et analyser, ainsi que la désinhibition, les réponses persistantes, l'absence d'intuition et la difficulté à comprendre la prosodie affective. Des troubles de la mémoire de travail et du fonctionnement exécutif sont également retrouvés. Le déficit de la mémoire olfactive avec la difficulté d'identification de nouvelles odeurs est constaté. L'alcool touche également le cervelet. On note alors une *atteinte dans la motricité, les coordinations, l'équilibre*.

Tous ces symptômes sont cités de manière générale, les patients alcoolo-dépendants ne présentent pas tous les symptômes.

c- Les perturbations psychomotrices liées à la dépendance

« Son corps en proie à la compulsion, ses émotions niées, son esprit soumis à la peur du manque lui interdisent toute relation véritable et l'isolent chaque jour

⁴³ Vidéo traitant l'addiction, par TASSIN J.-P., (2012), <https://www.youtube.com/watch?v=1FhqCKrqBhE>

⁴⁴ *Ibid.* p. 53

⁴⁵ *Ibid.* p. 51

davantage. »⁴⁶ Cette citation montre à quel point le sujet alcoolique peut ne plus habiter son corps : il *s'automatise* et le *vécu sensoriel disparaît*. Ce corps se dégrade du fait des alcoolisations et des violences qui en découlent.⁴⁷ Il devient « comme un accessoire encombrant et importun. »⁴⁸ Il est absent, banalisé, fonctionnel, inerte et anesthésié. Les sensations restent diffuses et non différenciées.

Chez les sujets alcooliques, on retrouve souvent une *anosognosie*, c'est-à-dire une non-conscience de la maladie et des atteintes somatiques ; une *asomatognosie*, correspondant à la non connaissance de son propre corps dans son unité ; ou encore une *athanatognosie*, la personne ignore la mort et pense qu'elle touche les autres uniquement.

Toutes ces altérations perturbent le niveau psychomoteur du sujet en terme de :

- *Schéma corporel* : la représentation d'un soi unifié est défailante
- *Fonction tonique* : le corps est rigide avec des difficultés de régulation tonique, une carapace musculaire se forme. Des sursauts tonico-émotionnels et des réactions de prestance sont présents
- *Equilibre* : l'équilibre n'est pas stable et confortable
- *Initiation motrice* et d'*absence de plaisir*
- *Image du corps* : sentiment d'une enveloppe poreuse, de limites floues. La représentation du corps est difficilement concevable. Il n'existe pas d'appropriation du corps.
- *Carence de l'imaginaire*

L'objectif de la *psychomotricité* est de *porter attention à son corps*, comme n'étant pas seulement source de tensions mais aussi de bien être. En premier lieu, au sein de la cure en hospitalisation complète, il y a un travail d'investissement, de *réinvestissement du corps*. La psychomotricité aide la restauration de celui-ci et des capacités altérées par l'alcool comme le soin de son corps, l'équilibre, l'attention par exemple. Puis, au cours du suivi en HDJ ou au CMP, le travail se poursuit en axant davantage autour des *émotions* et des *affects*.

⁴⁶ de GRAVELAINE F., SENK P., 1995, p.20

⁴⁷ Issu du cours de EXPOSITO C., (2016), Paris, *Alcoolisme et psychomotricité*, non publié à ce jour

⁴⁸ EXPOSITO C., 2012, p.58

Les plaisirs naturels de la vie font l'aller-retour entre le désir, le plaisir, l'apaisement et le manque qui s'autorégulent. En effet le désir amplifie le plaisir mais si ce dernier est trop présent il sature le désir, en revanche s'il est absent il éteint le désir. Les addictions viennent perturber cette régulation en maintenant constamment le désir et le plaisir, l'apaisement et le manque sont absents.⁴⁹ La psychomotricité intervient dans ce rééquilibrage. Elle instaure de *l'apaisement* et de la *frustration* afin que le patient se familiarise avec. A travers l'alcool, il ne connaît et ne recherche que les sensations de plaisir que procure la substance.

⁴⁹ Issu du cours de Pr COTTENCINO., (2015), Lille, Cours de PCEM 1, p. 2 : http://www.ireps.gp/data/bruno/Dossier_dopage_2012/PDF/Conduites%20addictives%20histo_def_concepts.pdf

PARTIE CLINIQUE

I. LA DEPENDANCE DANS UN SERVICE POUR ENFANT

1) L'institution

a- Présentation

J'effectue mon stage du jeudi au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Il s'agit d'une structure accueillant des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap. Les enfants reçus sont tous atteints d'une *pathologie d'origine organique ou somatique avérée ou fortement suspectée*.

Deux circuits d'accueil au CAMSP sont possibles. Le premier correspond à des enfants reçus en lien avec leur pathologie organique. Le second s'opère autour des enfants nés prématurément. Ils sont orientés par la pédiatrie ou la néonatalogie du secteur pour des dépistages à âges fixes et un suivi précoce.

L'équipe *pluriprofessionnelle* est présente afin d'accompagner au mieux le développement des enfants mais également soutenir les parents dans le handicap de leur enfant. Elle se compose de :

- Un pédiatre
- Quatre psychomotriciens
- Deux kinésithérapeutes
- Deux ergothérapeutes
- Deux psychologues
- Une assistante sociale
- Une secrétaire
- Une cadre de santé

b- La place de la psychomotricité

Les quatre psychomotriciens sont présents à *temps partiel* au sein du CAMSP. Ils occupent une place importante. Le pédiatre de la structure prescrit un *bilan* afin d'évaluer le développement de l'enfant et d'élaborer un projet de soin. Les psychomotriciens ont un rôle de *dépistage précoce*, de *suivi thérapeutique* pour des enfants présentant des pathologies variées.

Les prises en charge en psychomotricité sont possibles en *groupe* ou en *individuel* et s'axent autour d'un travail sur :

- Les retards de développements psychomoteurs
- La socialisation
- La diversification des interactions avec les pairs et le monde extérieur
- Des expériences sensori-motrices
- Le développement des communications
- La compréhension
- Le développement des capacités cognitives

Les projets thérapeutiques sont individualisés et réfléchis en équipe pour chaque enfant.

2) Le cas de Léo

Léo est un petit garçon âgé de *5 ans*. Il a une grande sœur de 13 ans. Ses parents sont divorcés. Il vit avec sa mère, sa sœur et le compagnon de sa mère. Léo voit son père durant les week-ends et les vacances. La mère accompagne chaque semaine son enfant aux séances de psychomotricité. La grand-mère maternelle est très présente, tout comme la tante qui l'amène parfois en séance.

a- Anamnèse

Léo est né le *22 mars 2011* après une grossesse normale. L'accouchement est déclenché à terme par voie basse, à 41 semaines d'aménorrhées et 4 jours. Il s'agit d'une unité de mesure afin d'évaluer l'âge de grossesse par l'absence de règle. Léo se présente comme un bébé macrosome c'est-à-dire un bébé dont le poids dépasse 4 kg. La maternité et l'allaitement artificiel se déroulent correctement. La maman reprend rapidement son travail d'agricultrice sans attendre la fin de son congé de maternité. Elle se libère le mercredi pour s'occuper de Léo et de sa grande sœur. Le reste de la semaine, il est gardé par sa grand-mère maternelle.

A l'âge d'*1 mois*, les parents de Léo notent une absence de suivi oculaire. Un premier examen ophtalmologique est alors réalisé. Les fonds d'œil sont évalués comme normaux.

Un second examen, aux *2 mois* de Léo, révèle un retard de maturité visuelle, nécessitant un contrôle vers ses 5-6 mois.

Léo est reçu à cet âge par un spécialiste en ophtalmologie. Un nystagmus rotatoire anti-horaire permanent et à ressort est décelé. Les papilles et la rétine ne présentent pas d'anomalie. Un degré modéré d'hypoplasie papillaire, soit un développement insuffisant de la papille, est questionné.

Dans ce contexte, un bilan complémentaire est demandé : IRM cérébral, bilan électro-physiologique, test auditif. Ce dernier examen est conclu normal. En revanche, l'IRM encéphalique montre une agénésie avec dysplasie du vermis cérébelleux, c'est-à-dire une désorganisation de la structuration du cervelet, caractérisant un potentiel Syndrome de Joubert. Cette pathologie se caractérise par la malformation congénitale du tronc cérébral. Des troubles respiratoires, un nystagmus, une hypotonie, une ataxie et un retard du développement psychomoteur peuvent découler du syndrome.

Les parents notent l'amélioration du comportement visuel de Léo avec la mise en place d'un suivi du regard vers *5-6 mois*. La tenue de tête succède aux débuts de la poursuite oculaire, les premiers sourires réponses apparaissent. En revanche des éléments d'apraxie oculomotrice avec un nystagmus, qui diminuera, persistent. Le nystagmus se qualifie par des mouvements involontaires des yeux, d'oscillation de faible amplitude et de rotation du globe oculaire. Le syndrome d'apraxie oculomotrice est rare et caractérisé par une anomalie de l'initiation des saccades volontaires horizontales des yeux. Un suivi orthoptique en libéral est mis en place.

Une consultation en neuropédiatrie est réalisée pour la prise en charge du syndrome de Joubert de Léo qui présente par ailleurs un retard d'acquisitions avec hypotonie. Le médecin explique une évolution non prévisible et des atteintes pouvant porter sur l'oculomotricité et les apprentissages cognitifs, moteurs et langagiers.

Vers *10-11 mois*, la tenue assise avec appui apparaît chez Léo. La tenue assise sans appui suit vers *12-13 mois*. On constate un effondrement en cyphose dans sa tenue assise.

A partir de *mars 2011*, à *1 an*, Léo bénéficie de séances de kinésithérapie en libéral à raison de deux fois par semaine.

Un jargon et des cris sont présents à *16 mois*. Il comprend la signification du « non » et peut dire le prénom de sa sœur.

Il est accueilli au CAMSP en juillet 2011, à ses *18 mois*, pour une prise en charge multidisciplinaire de son probable syndrome de Joubert. Un bilan psychomoteur est alors réalisé. Celui-ci met en évidence un retard de développement psychomoteur important. La prise en charge individuelle en psychomotricité débute en *septembre 2012* tout comme l'ergothérapie et la kinésithérapie remplaçant le libéral.

Vers l'âge de *19 mois*, Léo commence à ramper en alterné. Il est capable d'effectuer des activités de vidage et remplissage, de saisir et manipuler des objets. Il les passe d'une main à une autre. L'exploration orale des objets ne se fait pas encore. Sa pince fine est correcte. Sur le plan langagier, il reproduit quelques écholalies monosyllabiques spontanées. En effet il répète des fins de mots ou des mots uni-syllabiques. A ce même âge il commence à réagir à son prénom. Des jeux de coucou-caché émergent tout comme la désignation d'objets convoités. Son autonomie se caractérise par une participation à l'habillage et au déshabillage. Il est capable de boire seul au biberon ou au bec verseur et souhaite manger seul à la cuillère.

En *décembre 2012*, à ses *19 mois*, le suivi pédiatrique expose l'ectopie testiculaire, une position anormale du testicule. La persistance d'une hypotonie avec cyphose en position assise, un genu valgum et les pieds valgus, pied dévié en dehors, sont notés. Le genu valgum correspond à la déformation du membre inférieur se caractérisant par une inclinaison de la jambe avec la proéminence du genou vers l'intérieur. L'ophtalmologue prescrit des verres correcteurs à Léo qui seront rapidement abandonnés.

La manipulation correcte de la cuillère apparaît vers 2 ans. Léo est capable de boire seul au verre. Il peut se mettre assis seul et empiler 4 cubes. Le désencastrement débute. Le langage s'émancipe avec la possibilité de dire 6 mots dont « papa », « maman ». Il comprend des consignes simples qui lui sont données. Il gagne en autonomie et participe pour la toilette, retire seul ses chaussures et chaussettes.

En février 2013, la pédiatre prescrit des chaussons moulés à Léo afin d'améliorer le valgus de ses chevilles. Le bilan ergothérapeute révèle des difficultés dans les coordinations oculomanuelles et bi-manuelles, une incapacité à la poursuite et une instabilité de la fixation. Le contact visuel est difficile avec une attitude de tête anormale. Sur le plan du maintien postural, une surveillance est indiquée compte tenu de l'hypotonie et de l'attitude en cyphose lombaire. La famille choisit un suivi en ergothérapie en libéral une fois toutes les deux semaines. A cette même période l'orthoptique propose un cache occultant sur l'œil gauche pendant 8 mois.

Une proposition d'un accueil en halte-garderie au titre de l'éveil et de la socialisation est évoquée mais jamais concrétisée.

Le 4 pattes émerge vers 20 mois. Léo peut se mettre sur les genoux mais ne parvient pas à se mettre debout. Il enfle un anneau sur une tige. Léo s'émancipe dans son autonomie : il participe de plus en plus pour s'habiller, se déshabiller, pour manger à la fourchette avec aide.

A 28 mois, les suivis pédiatrique et ophtalmologique évoquent une évolution correcte avec notamment la diminution de l'hypermétropie, soit la vision nette des objets éloignés. Les verres correcteurs ne sont plus nécessaires.

A 34 mois, les progrès de Léo sont notés sur le plan des coordinations dynamiques et oculo-manuelles.

Les explorations génétiques poursuivies, confirment une apraxie oculomotrice de Cogan type 2 réfutant le syndrome de Joubert. Il s'agit d'une maladie rare correspondant à une anomalie de l'initiation des saccades volontaires horizontales des yeux.

Un suivi en orthophonie est évoqué.

En juillet 2013, les parents de Léo se séparent. La mère s'occupe des enfants la semaine et le père 3 week-ends sur 4.

A 2 ans 9 mois, Léo cabote. Il peut se mettre à genoux et debout en utilisant des appuis. Un prise cubito-palmaire de la main gauche est utilisée par Léo pour laisser des traces sur le papier.

En *janvier 2014*, une intervention chirurgicale pour l'ectopie testiculaire est réalisée. En mars, un suivi en orthophonie est mis en place. Le bilan confirme un retard de langage oral.

La marche est acquise vers *3 ans et 4 mois*. L'autonomie se développe et Léo peut manger et se déshabiller seul.

En *septembre 2014*, Léo rentre en petite section de maternelle à temps partiel avec l'aide d'une AVS. Sa rentrée se fait en milieu ordinaire. Sa scolarisation se poursuit en moyenne section de maternelle à partir de *septembre 2015*.

Vers l'âge de *4 ans et 8 mois*, Léo peut ébaucher un bonhomme têtard. Le langage se limite à la prononciation de quelques mots. Mais il émerge quelques mois plus tard avec la construction de phrases simples.

L'orientation vers un SESSAD APF⁵⁰ est évoquée pour Léo après ses 6 ans.

A mon arrivée au CAMSP, Léo bénéficie d'une séance par semaine de psychomotricité et de kinesithérapie, de deux séances par semaine d'orthophonie, d'un suivi orthoptique trimestriel et d'une séance toutes semaines d'ergothérapie.

b- Première rencontre

Je vais accueillir Léo qui se tient dans la salle d'attente avec sa mère. Il tient à ce que cette dernière nous montre le dessin du bonhomme qu'il a fait. La tête est présente, tronc est représenté en 2D et une esquisse de bras ou jambe apparaît.

Lorsque nous nous dirigeons vers la salle de psychomotricité, je peux observer le déroulement du pied de Léo : il présente un important *valgus* ainsi qu'un

⁵⁰ Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile géré par l'Association des Paralysés de France.

polygone de sustentation élargi et d'un *manque d'équilibre*. De même Léo tient difficilement un appui unipodal, la respiration est bloquée et la ceinture scapulaire est contractée, les coudes relevés. L'équilibre sur la pointe des pieds est possible durant un temps court pour Léo, la position de ses pieds est alors correcte, contrairement à celle observée lors de la marche. Il parvient à mettre un pied sur un ballon avec de l'aide mais son buste n'est pas tenu, il s'effondre.

Dès le début de la séance, Léo m'investit et me sollicite. J'ai pu l'accompagner sur le parcours psychomoteur proposé. Il s'agrippe à la main qui est proposée en aide. Léo présente des difficultés à monter seul sur une pente. Je note une *apnée* lors du parcours. Cependant il est capable d'amplifier sa respiration quand nous lui demandons. Lorsque Léo n'a pas l'aide qu'il espère en *gémissant*, il s'organise et fait le parcours en 4 pattes alterné. Celui-ci semble assez instable et Léo ne prend pas de risque dans ses déplacements. Avec de la répétition, il est capable de marcher sur des briques de manière autonome, mais je constate que la respiration reste bloquée. Lorsque j'utilise des scénari imaginaires et ludiques pour qu'il marche sur les briques, Léo s'en amuse et joue avec la consigne. Nous devons reposer le cadre afin que l'exercice soit mené correctement jusqu'à la fin. En effet il en oublie la consigne demandée.

Léo a ensuite la possibilité de proposer un jeu. Il choisit un encastrement de formes dans la carapace d'une tortue qui vibre. Il sait enlever les formes de la carapace après démonstration du psychomotricien. Les encastnements sont correctement effectués avec un *prise cubito-palmaire*, les troubles visuels qu'il présente ne semblent pas être un frein pour cette activité. Dès que le jeu vibre, à la réussite de l'encastrement, Léo s'en saisit rapidement pour *ressentir les vibrations*.

Pour finir, nous réalisons chacun un dessin libre. Léo a du *plaisir* à dessiner. Son dessin est pauvre et se résume à un rond qui représentant son papa et des traits correspondant à la maman. Il copie sur moi quelques éléments de ma réalisation et me demande de la décrire.

Tout au long de la séance, Léo essaie de nous parler, il a envie de s'exprimer mais nous ne comprenons pas forcément. Un *retard du langage* est constatable. De manière générale Léo a une bonne compréhension et me semble être dans la relation. C'est un garçon *coopérant*.

c- Evolution

Le projet thérapeutique s'axe autour du développement de ses *acquisitions psychomotrices*, de son niveau psychoaffectif, de son *individuation* pour une autonomie plus déterminée. Cette autonomie est notamment entachée par une propreté jusqu'alors non acquise.

Le suivi de Léo est ponctué de *discontinuités* dans la régularité des soins du fait des ses absences et de celles du psychomotricien. Nous nous interrogeons sur l'investissement de la mère pour cette prise en charge. En effet lors d'un entretien mi-janvier, la maman m'apparaît comme exprimant uniquement une demande par rapport au langage et donc à une prise en charge en orthophonie. Elle semble *banaliser* son retard d'acquisition psychomotrice, son immaturité psychoaffective et son manque d'autonomie. Elle semble dans le *déni partiel* de la pathologie de Léo car elle pense qu'il « n'aura plus de grosses difficultés après la puberté ». Elle dit s'être renseignée sur des forums. Lors de notre retour sur l'évolution de son fils, elle semble fuyante. Elle a tendance à traduire et interpréter tous les propos de Léo et ne le laisse pas s'exprimer de manière autonome.

En séance, Léo est *volontaire* et a la volonté de bien faire. Il lui arrive de tester les limites mais ne se montre pas tyrannique et ne se met pas en danger. Il présente encore beaucoup d'anxiété et met en place des rituels (soutenus par sa maman) pour apaiser des angoisses dans certaines situations particulières.

Au niveau graphique et de la motricité fine, je constate que Léo a des *difficultés* pour prendre des *initiatives dans son graphisme* : il imite l'adulte, reste dans l'*échopraxie*, c'est-à-dire la reproduction et le collage des gestes d'un modèle. Léo ne croise pas les espaces sur la feuille et de donc de son axe corporel médian, écrivant de la main gauche dans son espace gauche et inversement. Je ne peux donc pas encore observer son organisation au niveau de la latéralité. Les *coordinations bimanuelles ne sont pas efficaces* : il gribouille d'une main mais ne tient pas sa feuille avec la main opposée. Son graphisme est non figuratif mais un début de symbolisme commence à émerger tout comme des jeux symboliques. Toutes les activités oculomanuelles et bimanuelles semblent contraignantes pour Léo qui présente de fortes *syncinésies* principalement de diffusion toniques.

Léo montre des difficultés au niveau de son équilibre ; il ne plie pas les genoux pour se baisser. Il est en difficulté dans tous les *niveaux d'évolution motrice*

(NEM). La locomotion des enfants se développe selon une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements qui vont des positions de décubitus à la station debout et à la marche. Ces très nombreux enchaînements passent par la reptation, les retournements, la quadrupédie et diverses formes de redressements pour parvenir jusqu'à la locomotion bipodale. Ces différents enchaînements sont appelés les niveaux d'évolution motrice⁵¹.

Cependant à partir de janvier, je le trouve plus *acteur* dans son corps. Par exemple pour descendre une pente, il se laissait tomber sur les genoux car il manquait de tonus. Progressivement il peut contrôler son corps mais a besoin de sollicitations verbales pour l'étayer.

Chez Léo, le schéma corporel semble peu structuré et immature. La reproduction de gestes globaux lui est compliquée. Dans ces moments de difficultés ou lorsqu'il demande un jeu, Léo pousse des gémissements. Le langage verbal n'est pas utilisé dans le but de se faire comprendre. Le mode *écholalique* est très abondant : il répète toujours le dernier mot que le psychomotricien ou moi prononçons. En dehors des écholalies, Léo a également tendance à utiliser un langage plaqué. Il enrichit son stock lexical et veut faire des phrases.

Je note une progression dans l'autonomie au cours de l'année et notamment concernant sa participation à l'habillage (chaussures, manteau). Il est désormais capable de les enlever seul mais cela prend du temps. Lors d'un entretien, cette difficulté d'accès à l'autonomie est évoquée au papa qui, par la suite, l'a également laissé s'organiser seul. Cependant Léo oriente difficilement son regard sur la tâche à accomplir.

Léo présente des *états affectifs* et *tonico-émotionnels* qui interpellent et paraissent peu adaptés. Lors d'une séance il fait une colère, pleure et se roule par terre en lien avec une probable sourit. L'instant d'après il se relève et sourit. Il lui arrive également de s'approprier nos émotions et réagir en écho à l'adulte (échopraxies, écholalies). Ainsi il est incapable de décrire ses émotions mais il les nomme sur imitation. C'est le cas lors d'un travail sur l'équilibre et le contrepoids sur un ballon. Léo est hypertonique, le visage anxieux. Je vois qu'il a peur mais il ne dit rien. Je mets alors des mots sur ce qu'il peut ressentir. Il reprend ces mêmes mots pour raconter à sa maman son émotion lors de la séance.

⁵¹ Issu du cours de THOMAS N., (2013), Paris, *Le développement psychomoteur de l'enfant, 0 à 6 ans*, non publié à ce jour

Une autre séance m'a interrogée sur l'approche émotionnelle de Léo. Nous jouons alors au bowling et je termine la partie en faisant chuter la dernière quille. Instantanément Léo me montre sa frustration d'avoir perdu puis juste après il s'exclame « super ! ». Malgré des réactions vives à la frustration, il présente des comportements paradoxaux qui s'opposent au premier sentiment éprouvé. De même, Léo rencontre des difficultés réguler ses états émotionnels et les contenir : quand il est content il « explose, éclate ». Je peux parfois observer des difficultés comportementales.

Depuis le début de la prise en charge de Léo, je suis surprise dans ses choix de jeux. En effet, quand il en a la possibilité, il ne s'intéresse pas aux activités de son âge et choisit toujours des jeux pour bébé. Comme dans le graphisme, la motricité énoncée auparavant, l'élaboration dans le jeu n'est pas encore accessible pour Léo.

Fin novembre, lors d'une séance, Léo nous fait comprendre qu'il souhaite jouer au bébé en restant passif et allongé sur le tapis, le pouce à la bouche. Il se laisse porter et se comporte comme un bébé. Il accepte la sieste qui entre dans le jeu et s'endort 15 minutes. Il fait abstraction de son environnement pourtant bruyant.

Au cours de l'année, le psychomotricien a proposé un rituel de début de séance autour de la *sensorialité*. Je constate une bonne évolution où Léo accepte mieux le toucher, qui était compliqué à supporter. En revanche la position allongée sur le ventre lui semble encore pénible. Lorsque ce rituel est effectué sans interruption pour la première fois, Léo réalise, au cours de cette même séance, un dessin. Les traces laissées sont abondantes et Léo verbalise.

Voici autant d'actions qui me semblent appartenir à des difficultés de séparation et d'individuation chez Léo. Quant est-il chez l'adulte ?

II. LA DEPENDANCE DANS UN SERVICE POUR ADULTE

1) L'institution

a- Présentation

Chaque mercredi, j'effectue mon stage au sein du pôle d'addictologie rattaché à un hôpital de la région.

Le centre est composé de deux unités de soin. Il y a, d'une part, le *Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie*, appelé CASA, comprenant le *Centre Médico-Psychologique (CMP)* et l'*Hôpital De Jour (HDJ)*. Et d'autre part, il existe également l'*hospitalisation complète*.

Cette dernière inclut un séjour de *trois semaines* environ pour les personnes souffrant d'une addiction à des substances. La *cure* se déroule selon deux phases. La première correspond à 5 jours de sevrage surveillé et accompagné par les équipes soignantes. La seconde oriente le patient vers un questionnement sur sa dépendance. Durant ce séjour, chaque patient rencontre des associations d'anciens buveurs et participe à des ateliers thérapeutiques encadrés par les infirmières, l'ergothérapeute ou la psychomotricienne. Après l'hospitalisation complète, l'orientation des patients peut s'effectuer vers une *post-cure*, un suivi en *hôpital de jour* ou en *consultation ambulatoire*.

Le *CMP* accueille les personnes présentant une addiction orientées ou non par un médecin. Dans cette structure, les patients sont informés sur les pathologies en lien avec leur addiction, ils rencontrent les infirmières et le médecin afin de construire un *projet de soins* leur correspondant. Celui-ci établit un suivi soit en hospitalisation complète puis post-cure ; soit en hospitalisation complète suivie de l'hôpital de jour soit en hospitalisation complète suivie d'une prise en charge au sein du *CMP*.

Enfin l'*hôpital de jour* accueille les patients souffrant d'une addiction, à la journée ou en temps partiel. Cette présence s'évalue entre l'équipe pluri-professionnelle et le patient lui-même. Le but des patients dans la plupart des cas est la *poursuite des soins*, la *consolidation de l'abstinence* après une cure en hospitalisation complète. Les différents professionnels y proposent des activités et ateliers thérapeutiques.

L'équipe pluridisciplinaire du CASA, où je me trouve en stage, est composée de :

- Deux médecins
- Six infirmiers
- Une psychomotricienne
- Un ergothérapeute
- Une assistance sociale
- Une éducatrice spécialisée
- Une psychologue

La porte d'entrée dans la structure est l'addictologie. Après le sevrage et l'accompagnement thérapeutique, il s'agit d'un travail de psychiatrie car il existe une souffrance psychique, morale et physique.

b- La place de la psychomotricité

La psychomotricienne occupe un poste à *temps complet*. Elle prend en charge les patients de l'hospitalisation complète, du CMP et de l'HDJ. La place de la psychomotricité est pertinente au sein d'un service d'addictologie. En effet, chez les patients dépendants à l'alcool nous retrouvons généralement un *faible équilibre*, un *schéma corporel* et une *image du corps altérés*, des *difficultés spatio-temporelles*, un *défait d'initiation motrice*, une *dévalorisation*.

Au sein de l'hospitalisation complète, elle prend en charge des groupes avec plusieurs axes thérapeutiques, qui sont :

- Une approche de la psychomotricité
- La mise en place d'une *relation*, d'un premier contact
- La *conscience* et le *ressenti corporel*
- La *connaissance* et la *conscience du schéma corporel*
- Le renforcement de l'*équilibre*
- Assurer des *repères spatio-temporels*
- Une sensibilisation des *ressentis*

Pour cela, la psychomotricienne utilise différentes médiations à savoir le Qi-gong, la respiration, la relaxation et le Do-in.

Le groupe de psychomotricité trouve son intérêt auprès des patients. Dans un premier temps, il paraît rassurant. Les patients aiment se déplacer en groupe sans trop se différencier. Le groupe a un aspect antidépresseur, il est soutenant et contenant. Par ailleurs, le groupe peut être valorisant pour chacun des patients, car il y laisse émerger leurs idées jusqu'à prendre des initiatives. Chacun peut, par la suite, s'identifier aux autres tout en osant s'en différencier.

Ces axes thérapeutiques sont poursuivis lors de séances en HDJ avec les patients les plus motivés. Le suivi en psychomotricité se fait sur prescription médicale. Les patients bénéficient alors d'une prise en charge *individuelle* ou *groupale*. Certains peuvent également avoir ces deux types de séances.

2) Rencontre avec M. Marchand

M. Marchand est né le *10 janvier 1983*, il a alors 33 ans lorsque je le rencontre pour la première fois. Il est commercial dans le tourisme depuis 2005. Il est actuellement séparé de sa femme, avec qui il a une petite fille de 5 ans. Il vit chez ses parents depuis la mise en vente de sa maison du fait de sa séparation. M. Marchand a deux sœurs et une bonne entente est présente au sein de la famille. Il est suivi en hôpital de jour (HDJ) pour son addiction à l'alcool. On note dans ses antécédents médicaux, un cousin présentant une bipolarité.

a- Anamnèse

Le parcours de M. Marchand avec l'alcool débute à l'âge de 16 ans lors de premières consommations d'alcool entre copains. Vers 20 ans, M. Marchand évoque des consommations régulières les week-ends avec parfois des doses excessives ainsi que la recherche d'ivresse. Il parle de consommation quotidienne d'alcool *depuis 2011*. L'alcool lui permettrait « un mieux-être, une évasion ».

L'année *2012* est marquée par de nombreux événements médicaux. En février il est hospitalisé en médecine deux jours pour alcoolisation aiguë et prise de médicaments. On parle de sa première tentative de suicide, un suivi psychiatrique commence. En mai, son médecin psychiatre modifie son traitement et propose à M.

Marchand une nouvelle hospitalisation qu'il refuse. C'est alors qu'il arrive au Centre Médico-Psychologique (CMP) du service d'addictologie. En effet son ex-femme, infirmière, lui conseille ce suivi. A ce moment-là elle et M. Marchand sont encore mariés. Il s'agit de sa première visite pour alcoolisme au sein du pôle. Un sevrage en ambulatoire est entrepris.

Le 7 juin 2012, M. Marchand fait une seconde tentative de suicide avec prise d'alcool et de médicaments. Ceci l'amène en urgence vers une hospitalisation complète spécialisée nommée unité psychologique et médicale. Il sort le jour même, refusant les soins qui lui sont prodigués. A cette même période, le diagnostic d'un épisode dépressif moyen est posé. Une troisième tentative de suicide, le 14 juin, le conduit aux urgences psychiatriques.

Le 17 juin, M. Marchand arrive alors en hospitalisation sous demande d'un tiers (HDT) dans l'unité psychologique et médicale, même unité où il avait été pris en charge pour la précédente tentative de suicide. Il y reste 72 heures et en sort avec le suivi d'un médecin psychiatre.

Du 16 au 23 juillet 2012, il est hospitalisé en psychiatrie dans un service de crise. Une prise en charge psychologique est soumise à sa sortie mais sans aboutissement.

Un second sevrage en ambulatoire est proposé par le CMP du service d'addictologie à partir du 10 juillet 2015.

Le 06 août 2015, on constate une quatrième tentative de suicide qui le mène aux urgences. Le 10 août, il part en hospitalisation complète pendant trois semaines dans le service d'addictologie où je réalise mon stage. A sa sortie, le 26 août, il retourne vivre chez ses parents tout en ayant un suivi en CMP. Pendant son séjour dans le service des éléments d'une bipolarité sont repérés et un traitement adapté à cette pathologie est prescrit.

Le 7 septembre 2015, M. Marchand débute les séances de psychomotricité en individuel au sein du CMP du service d'addictologie. Le motif initial de consultation se base sur l'accès à ses ressentis, à ses affects, la gestion de ses émotions, le tout dans la prise en compte de sa bipolarité. Une cinquième tentative de suicide, par prise d'alcool et de médicaments, arrive le 25 septembre suivie d'une fugue des

urgences. C'est à cette date qu'on intensifie les soins avec une entrée en hospitalisation de jour (HDJ).

En octobre de cette même année, une thérapie familiale est mise en place ainsi qu'un traitement neuroleptique. La psychomotricité continue dans le cadre de l'HDJ avec des irrégularités. Au cours de ce mois, une tentative de suicide et la poursuite de la consommation d'alcool entraîne M. Marchand à reprendre une cure en hospitalisation complète durant deux semaines.

La reprise de l'HDJ se fait en *novembre 2015*. Une abstinence à l'alcool est constatée depuis cette date.

M. Marchand reprend son travail en mi-temps thérapeutique, le *14 février 2016*. Il parlait depuis plusieurs mois de son envie de travailler à nouveau, tout en continuant les soins en HDJ.

b- Première rencontre

Je rencontre pour la première fois M. Marchand, accueilli en *hôpital de jour* pour le *groupe Qi-Gong* proposé par la psychomotricienne. Je trouve M. Marchand *discret* et *coopérant*. Il me semble *attentif* à ses ressentis et *réceptif* aux exercices entrepris. Il présente des tremblements distaux. Son équilibre est stable et maintenu.

Notre rencontre est complétée par une séance sous forme d'un *entretien en individuel*. Celle-ci est ponctuée par le discours de M. Marchand.

Il n'émet pas d'opposition à ma présence. Il est *à l'aise* avec la psychomotricienne et moi-même et nous le montre à travers un discours fluide, abondant. Il s'adresse à moi, je suis surprise qu'il m'inclut aussi rapidement dans l'entretien. M. Marchand est *bavard* et ouvert à tous les sujets. Il fait preuve d'humour et précise qu'il l'utilise parfois pour raconter ses phases maniaques à ses interlocuteurs.

Il dit se sentir bien en HDJ et à sa place, il a appris à ne plus juger les personnes bien qu'auparavant il se basait sur l'apparence : « nous avons tous la même maladie concernant l'alcool. ». Je constate une *identification* de M. Marchand aux autres patients de l'HDJ.

Il nous informe qu'il présente beaucoup d'idées noires en ce moment et précise même « heureusement que je n'ai plus accès aux médicaments autrement j'aurais rechuté. ». Depuis ses tentatives de suicide, une infirmière prépare et contrôle ses prises de médicaments.

Il évoque des difficultés à faire face à l'alcool surtout « le soir vers 18h ». Il s'agit de *craving*, une envie irrésistible de boire. Pour lui ce phénomène s'étend de 20 minutes à 1 heure. Il nous fait part durant la séance de ses ressentis lors de cette période. Il est généralement seul et se dit irritable. Ses idées noires apparaissent alors à ce moment-là. Il dit lutter contre l'envie de boire. Il ressent une tension interne qu'il pense apaiser en buvant.

M. Marchand est très entouré de sa famille du fait qu'il habite chez ses parents. Malgré tout, il peut avoir quelques consommations le soir. D'un commun accord, les soignants lui conseillent de ne plus sortir à ce moment de la journée. Un accompagnement encadré lui est évoqué comme passer la soirée avec ses parents. Ces derniers lui auraient « posé un ultimatum » sur sa consommation d'alcool. A la menace de ses parents, M. Marchand dit stopper ses consommations d'alcool car il ne souhaite pas retourner en cure. Ce cadre instauré apparaît bénéfique pour lui, il en a besoin.

En revanche il se désole ne pas pouvoir s'occuper de sa fille à temps complet car les médicaments le « shootent ». Ce mal-être ravive celui de la naissance de sa fille où il ressentait des difficultés à assumer son rôle de père.

Il parle ouvertement de la mort : ce serait une délivrance pour lui. Il remarque que cette situation ne serait pas idéale pour sa fille : « il vaut mieux un papa malade que pas de papa du tout ».

Le diagnostic de *bipolarité* a aidé son ex-femme ainsi que sa famille à comprendre certains actes exubérants qu'il a pu commettre. Les relations avec son ex-femme restent cordiales.

c- Evolution

Au cours de cette année, je rencontre M. Marchand en séance individuelle puis en séance de groupe. L'année est ponctuée par plusieurs moments.

Nous sommes alertées, dans un premier temps du suivi, de sa *difficulté à être régulier* et à venir chaque semaine. Les mouvements de *passages à l'acte et de rupture* nous conduisent à établir avec lui un contrat de soins. Nous pensons également à des conduites d'évitement non verbalisées mais vécues.

En début d'année, les séances individuelles sont rythmées par des temps de parole et de propositions corporelles autour du Qi-Gong. Ceci permet à M. Marchand de trouver un ancrage, des appuis sécurisants, une conscience corporelle et un investissement du corps. Lors de ces propositions, il est *attentif* et réalise les gestes en imitation de la psychomotricienne.

Son *discours me semble idéal*, il est conscient de ce qu'il doit faire et dit souvent qu'il a besoin d'un cadre. Durant les temps de parole, il reste dans une position où il fait les questions-réponses, il ne laisse pas de place à la psychomotricienne. A écouter son discours, j'ai presque envie de croire et d'adhérer à ses propos. Il me semble posé, conscient de ses failles et des efforts à entreprendre. Il dit enfreindre le cadre depuis l'adolescence et que celui-ci est très important pour lui. Il pense devoir travailler là-dessus. Il nous fait part de sa volonté de refaire une cure mais celle-ci « est pour lui et pas pour les autres comme la précédente ». A ce moment-là, je sens une détermination chez M. Marchand à ne pas consommer de nouveau. En effet sa dernière rechute date de 3 jours.

M. Marchand fait une seconde *cure* pour sevrage du *23 décembre 2015 au 30 décembre 2015*. Nous le rencontrons deux jours après sa sortie en séance individuelle. Son image du corps se modifie, il ne soigne plus son apparence et sa prise de poids le contrarie (suite à la prise du traitement neuroleptique) d'autant plus qu'il se décrit comme un homme ayant toujours pris soin de lui et fait régulièrement du sport avant les cures entreprises. Malgré tout il dit avoir en tête un autre problème : continuer son abstinence. Sa situation familiale actuelle est pesante pour lui : « à 33 ans, revivre chez ses parents, ça fait un peu Tanguy ». Cette situation ne le valorise pas et contribue à son mal-être. Cependant il vit mieux chez ses parents que seul chez lui, il apprécie la contenance. Je constate alors un changement de comportement par rapport à nos premières rencontres. Il m'apparaît moins sûr de lui, moins beau-parleur, j'ai l'impression qu'il commence à douter de lui. Il évoque la volonté de reprendre le travail, afin d'occuper ses journées et de reprendre une indépendance financière.

Cependant il me semble déterminé à ne pas rechuter après cette dernière cure. Il nous confie être capable de s'isoler afin de se recentrer sur lui-même. Ceci lui permet de contrôler et surmonter ses envies de consommer. Malgré tout, un *craving* persiste le soir vers 18h.

A partir de janvier, M. Marchand intègre la prise en charge en groupe. J'ai pu mentionner les axes thérapeutiques de cette prise en charge précédemment lors de la description de la psychomotricité dans le service d'addictologie. La première séance marque un tournant chez M. Marchand. Je rencontre un *patient différent* de celui que j'avais eu auparavant. Il est effacé, timide, peu à l'aise et n'a pas de relation avec des autres patients du groupe. Je pense que cela peut s'expliquer par le fait qu'il y ait beaucoup de monde au sein de la séance. Je constate que M. Marchand ne présente pas une assurance et un ancrage suffisant dans le groupe. Il reste alors observateur voire sceptique aux propositions d'investissement corporel par le mouvement. Il ne s'implique qu'une fois qu'il y est contraint. Les ressentis exprimés sur son corps restent globaux, sans détail et finesse de la perception. J'observe une ceinture scapulaire bloquée, un corps fixe où seuls les bras sont en mouvement. Sa chaîne antéro-médiane est investie, traduisant une posture de renfermement. Je le sens alors peu à l'aise dans son corps.

Son apparence renforce d'autant plus mon sentiment. Depuis plusieurs semaines M. Marchand se présente en séance en jogging et casquette. Je trouve qu'il ne prend moins soin de lui. Je me demande également si sa prise de poids n'expliquerait pas aussi son *manque d'investissement corporel*.

La semaine suivante, M. Marchand est *absent* à la séance de groupe. Il est présent à l'HDJ mais ne se présente pas en séance prétextant avoir un RDV à prendre avec l'infirmière. On peut se demander l'importance qu'il accorde au cadre, à l'Autre ou s'il s'agit d'une conduite d'évitement ? Il lui est arrivé de prendre des RDV avec d'autres professionnels sur le temps de psychomotricité après des séances qui l'avaient chamboulé. La question du cadre et des conduites d'évitement se pose, comme ce que je décris précédemment.

Une consultation avec le médecin a permis de reposer un cadre sur l'importance des séances de psychomotricité dans son projet de soin. Il s'est alors présenté en séance avec moi : je constate plus d'intériorisation et de ressentis. Il est

attentif à son corps. Il est discret mais semble moins abattu. La verbalisation est peu abondante mais authentique sur ses ressentis.

3) Rencontre avec M. Durant

M. Durant est né le *15 juin 1985*. Il a 30 ans, une compagne et une petite fille de 5 ans. Il a deux frères avec qui il a de bonnes relations tout comme avec ses parents. M. Durant est souvent entouré de femmes, se sentant plus à l'aise. Il n'a pas de formation professionnelle mais exerce comme carrossier soudeur.

M. Durant est suivi au CMP du service pour une addiction à l'alcool. Plusieurs antécédents médicaux sont notés. Sur le plan psychiatrique, il présente une anxiété chronique se traduisant par un comportement introverti, des craintes injustifiées, des troubles du sommeil, des préoccupations excessives pour certains sujets ou des visions catastrophiques de l'avenir. Ces symptômes sont dits chroniques car ils persistent pendant plus de 6 mois.

Les antécédents addictifs mettent en avant une alcoolo-dépendance, avec une consommation ayant débuté à *15 ans* ; et un usage du tabac dès *15-16 ans* à raison d'un demi-paquet par jour. Aucune prise de toxique n'est constatée. On souligne des antécédents familiaux : les parents de M. Durant ont également une dépendance à l'alcool. Seul le père serait sevré.

a- Anamnèse

La première rencontre avec le service se fait le *16 décembre 2014*. M. Durant est reçu au CMP du service d'addictologie pour une dépendance à l'alcool. Une hospitalisation complète pour une cure de 3 semaines lui est proposée. M. Durant se dit motivé. En attendant cette hospitalisation complète, le CMP propose une aide médicamenteuse afin de diminuer la consommation d'alcool.

Le *29 décembre 2014*, M. Durant entre en hospitalisation complète. Cette hospitalisation fait suite à sa propre demande de sevrage. Au cours de cette cure, M.

Durant demande à être sevré du tabac. Des patchs lui sont alors prescrits. Le 31 décembre 2014, la première séance d'ergothérapie est entreprise pour M. Durant. Dès le 5 janvier 2015, il participe à des séances de psychomotricité au groupe « gestion des émotions » lors de ce séjour. Il est discret, assidu, appliqué. Il semble apprécier les exercices de respiration et peut trouver de l'apaisement. Ce groupe animé par la psychomotricienne est une découverte pour lui. Il dit que cela peut l'aider à gérer son impulsivité.

Le 12 janvier 2015, alors qu'il est hospitalisé dans le service, M. Durant fait une attaque de panique. Il s'agit d'une sensation de danger imminent, l'esprit est assiégé par des pensées catastrophiques et la peur de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle de soi. Un état de tension intérieure majeur est notable. M. Durant présente un trouble panique se traduisant par des attaques de panique récurrentes et inattendues. Son anticipation anxieuse et ses soucis excessifs constants, durables et difficilement contrôlables sous-tendent un trouble anxieux généralisé.

La sortie de l'hospitalisation complète se fait le 16 janvier. M. Durant conserve un suivi temporaire à l'HDJ. Il reprend le travail presque aussitôt.

Le 22 avril 2015, au cours d'une consultation, M. Durant dit être particulièrement mal parce que sa compagne souhaite une séparation du couple. Il rapporte faire des crises. Le médecin prescrit une thérapie de couple aux dates du 20 et 28 mai. Le couple est absent à chacun de ces rendez-vous, prétextant ne plus vouloir se séparer. Malgré la non séparation, M. Durant nous dit que les crises d'anxiété sont importantes depuis 8 jours environ. Il dit consommer un verre d'alcool par jour. Un traitement contre la dépression et l'anxiété est prescrit.

Une seconde entrée en hospitalisation complète est effectuée le 21 juillet 2015. M. Durant se réalcoolise de façon importante. Une nouvelle hospitalisation est proposée. Il dit avoir beaucoup d'angoisses, ruminer en permanence, ne supporte pas que sa femme l'ait trompé. Il pleure beaucoup. M. Durant peut aussi exprimer des propos suicidaires. Lors d'une permission il se réalcoolise par manque et afin de calmer ses angoisses. Le traitement est réajusté avec la prescription d'un psychotrope contre la dépression et les troubles anxieux. Le diagnostic posé est celui d'une anxiété généralisée. Le moindre événement angoisse M.D et l'handicape dans sa conduite et son travail. M. Durant est en arrêt de travail et ne l'a toujours pas repris. Le séjour en hospitalisation complète est prolongé. Lors d'une permission, M.Durant s'alcoolise de nouveau.

Le traitement médicamenteux est réajusté. En fin de séjour, il lui est prescrit du Xéroquel contre les épisodes dépressifs majeurs ainsi que du Lexomil, un traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

La sortie de l'hospitalisation complète du *4 septembre 2015*, angoisse M. Durant. Un suivi en HDJ est proposé. Il bénéficie de séances de rTMS (stimulations magnétiques transcrâniennes dites « répétitives » destinées à modifier durablement l'activité de la région visée pour le traitement de certaines affections psychiatriques et neurologiques) et d'un suivi en psychomotricité en individuel. Il est également accompagné par l'éducatrice spécialisée car M. Durant souhaite arrêter son travail et s'orienter dans une reconversion professionnelle.

Nous apprenons une réalcoolisation le *17 octobre 2015*. Il constate ruminer encore beaucoup autour du comportement de sa compagne, de la liaison extraconjugale. Un arrêt de travail est posé jusqu'au 30 novembre 2015.

La décision de séparation avec sa compagne est prise *mi-novembre* et augure chez M. Durant une souffrance constante. Par ailleurs soutenu par l'éducatrice spécialisée, il fait une démarche de réorientation professionnelle et souhaite devenir aide-ambulancier. Sa petite fille et ce projet sont ce qui semble le « tenir à la vie » d'après ses termes.

La dépression reste cependant importante. M. Durant peut rester sans manger. On note une crise d'hypoglycémie le *27 novembre*. La séparation du couple est annoncée, la maison mise en vente. M. Durant est aidé dans les démarches administratives par l'éducatrice spécialisée du service et l'assistante sociale.

Un projet de formation pour être aide-ambulancier est défini et doit commencer en *février 2016*.

Mi janvier 2016, lors d'une sortie avec des amis, M. Durant s'alcoolise massivement. Il est arrêté par la gendarmerie sur la voie publique et conduit aux urgences. De cet événement s'en suit une hospitalisation quelques jours à l'hôpital général. Le médecin psychiatre l'envoie pour une cure puis une post-cure dans un établissement d'un autre département. Le suivi individuel en psychomotricité prend alors fin.

b- Première rencontre

Pour notre première séance, M. Durant est *absent*. Il semble oublier ses rendez-vous et l'équipe professionnelle se questionne sur un potentiel trouble cognitif touchant la mémoire.

Je le rencontre alors la fois suivante. Je suis surprise de constater qu'il garde son manteau ainsi que sa casquette lors du début de la séance.

Il m'apparaît comme une personne très *timide*, à la limite de la phobie sociale. Lors du temps de parole il n'est pas bavard et ne s'attarde pas. Il répond de manière succincte aux questions.

Il évoque rapidement la tromperie de sa femme. Il se sent *trahi* et n'a plus confiance en elle. Il nous rapporte que la conversation est peu abondante entre eux mais il confirme qu'ils devraient évoquer ensemble cet adultère. Je suis gênée d'être présente lors de cette séance. Je ne connais pas ce patient, il parle peu mais confie d'emblée l'intimité de son histoire. D'autant plus qu'il ne me regarde pas de toute la séance, il jette de furtifs coups d'œil pour examiner le regard que je lui porte. Lorsqu'il parle, des *manifestations d'anxiété*, des réactions de prestances sont notables : il tremble et exerce des pressions sur chaque doigt. J'observe également de petits tremblements faciaux, sur les coins de la bouche. Son regard n'est pas fixe. Je le sens mal à l'aise à discuter et par conséquent je suis moi-même embarrassée. Je m'en veux presque d'assister à sa prise en charge car je me sens voyeuse de la difficulté de ce patient.

Il s'allonge ensuite sur le matelas pour le temps de relaxation proposé par la psychomotricienne. Il prend ses chaussures, son manteau et sa casquette avec lui sur le lit. Ses poings se ferment et s'ouvrent alternativement traduisant une tension interne. Sa respiration est courte et peu ample. Puis j'entends son téléphone vibrer. Je ne remarque aucune réaction de sa part et m'interroge sur sa capacité à se détendre à ce moment-là.

A la fin de la relaxation, il se relève rapidement. Il ne verbalise aucun ressenti.

c- Evolution

Au cours de mon suivi avec M. Durant, je découvre un homme avec une *faible estime de lui*. Il dit ruminer à chaque moment où il ne fait rien et souvent pleurer en fin de journée en lien avec ses *ruminations*. Il ressasse l'infidélité de sa compagne et à du mal à s'en détacher. Il est blessé narcissiquement. Fin octobre il nous rapporte fièrement avoir ramené en voiture sa famille de chez des amis. Il avait été le seul à ne pas consommer d'alcool. Je pense que c'est important pour M. Durant de nous raconter cela. Il se sent revalorisé et nous dit qu'il prouve à sa compagne qu'il est capable d'être sérieux.

Il m'apparaît sensible au jugement de l'extérieur et notamment de sa belle famille. Celle-ci l'accable de reproches : il devrait faire des efforts pour aller travailler. Il dit avoir su se défendre et s'affirmer face à ces remarques. Je suis un peu sceptique de cette réponse. Mais au cours de la séance où il nous rapporte ce récit, il se positionne pour la première fois sur la musique passée lors de la relaxation. Il ne l'apprécie pas, ne l'aide pas à se détendre et demande à ne plus en avoir.

M. Durant est *passif* dans sa vie. Malgré sa volonté de changer pour sa compagne, il ne fait rien de concret. Fin novembre nous apprenons la séparation avec sa compagne. La maison est alors en vente et M. Durant nous apprend son désir d'une réorientation professionnelle. Par contre il se montre très angoissé à l'idée de devoir l'annoncer à son patron.

Je constate que M. Durant n'a pas de plaisir dans sa vie hormis être avec sa fille. Il ne la nomme jamais et l'appelle « la pepette ».

Le *mois d'octobre 2015* est marqué par une *rechute* avec une ivresse massive et perte de mémoire. Ceci semble l'affecter, il culpabilise. Cependant il poursuit les séances de psychomotricité révélant que la relaxation lui ferait du bien. Je ne crois pas son discours car il ne semble pas détendu lors des moments de relaxation. J'ai le sentiment qu'il répond à l'attente de la psychomotricienne.

Fin novembre, devant sa sidération et son ralentissement psychomoteur je propose à M. Durant un *bilan psychomoteur* afin d'évaluer ses capacités psychomotrices. Dès la première séance il est coopérant. Je remarque qu'il commence à stresser : il devient rouge et des sudations apparaissent. J'essaie de le

rassurer et de le mettre en confiance. Au cours du test de Stroop⁵², M. Durant se rend compte qu'il doit se mettre à l'aise : il enlève son manteau et sa casquette. Il a une bonne compréhension des consignes, remarque oralement que le test se complexifie et verbalise une marche de difficulté plus importante pour l'épreuve 4.

Pour le test d'appariement d'images⁵³, il me formule toujours la bonne réponse du premier coup mais avec un temps de latence très long (jusqu'à 2 minutes10). Ce temps de réponse ne correspond plus à la cotation du test. Après la première planche, il se réajuste et s'organise corporellement. Il utilise les mains et doigts pour s'aider dans l'élimination des images en les cachant. Il regarde régulièrement le nombre de planches qu'il lui reste à travailler. Il soupire, tremble, sue, mobilise de manière anxieuse ses jambes, fait craquer ses doigts. En revanche il verbalise et fait preuve d'humour durant le test. Il avoue que c'est difficile et plus compliqué que ceux de sa fille. M. Durant affirme que ce test lui est plus complexe que le test précédent. En retour du test, je lui fais part de la stratégie utilisée dans l'élimination des images. Je constate qu'il a besoin d'encouragements, d'être rassuré.

L'épreuve semble éprouvante pour lui. Pour ce test M. Durant détient 6 dépassements de temps pour fournir une réponse, certes juste. Sa lenteur altère donc les résultats de ce test qui le place dans un écart type pathologique. Il a su maintenir son attention durant les deux tests même si elle n'est pas performante et soutenue à chaque instant.

Pour cette séance nous terminons par un dessin du bonhomme⁵⁴. Celui-ci est sommaire, avec peu de détails, presque asexué. Le visage n'est pas affiné au niveau des différentes parties, les vêtements ne sont pas présents. Le contour du bonhomme est hachuré. M. Durant le décrit comme un homme. Son dessin équivaut à celui d'un enfant de 8 ans et 6 mois d'après la cotation de Goodenough.⁵⁵

Nous continuons le bilan la séance suivante avec le test de l'Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG)⁵⁶. M. Durant présente une bonne imitation en

⁵² Epreuve qui consiste en la lecture de planches dans le but de focaliser son attention sur une caractéristique ou un objet parmi d'autres. Nous évaluons ainsi l'ampleur du trouble attentionnel.

⁵³ Test faisant appel à la discrimination d'image d'après un modèle. Nous évaluons l'impulsivité cognitive tout en étant attentif à l'impulsivité motrice et sociale.

⁵⁴ Cette épreuve a pour but le dessin d'un bonhomme qui est de manière générale une activité d'expression à valeur projective (quelque chose est communiquée) et symbolique (signification donnée aux traits).

⁵⁵ Annexe II

⁵⁶ Ce test correspond à la reproduction de gestes avec les mains et les doigts. La qualité du geste du sujet est évaluée.

réel et quelques gestes sont réalisés en miroir. Il fournit une bonne concentration et un temps de réaction correct.

Je lui fais ensuite passer l'épreuve de rythme de Mira Stambak⁵⁷. M. Durant maintient son attention durant toute l'épreuve. Il commet une erreur sur les 17 phrases rythmiques à reproduire. Cette erreur arrive à l'avant dernière structure. Pour la dernière, il me demande de reprendre la phrase rythmique car il n'est plus concentré. Au cours de l'épreuve je l'entends soupirer et je me dis qu'il va décrocher, ce qui s'est avéré vrai. D'où la perte de concentration en fin d'épreuve.

Après ces deux passations de tests, M. Durant est surpris que ce soit fini. Il me fait remarquer qu'ils sont plus simples que ceux de la semaine passée. Cependant il note une difficulté plus présente au niveau du test de rythme par rapport à l'EMG. Les épreuves du bilan nous permettent de penser à une *angoisse envahissante* plutôt qu'un trouble cognitif. Je lui annonce que nous poursuivrons la suite du bilan à la séance prochaine.

Parallèlement à la passation du bilan, la psychomotricienne propose à M. Durant un temps de toucher thérapeutique. Des massages, lissages du corps ainsi que des mobilisations passives sont réalisées. M. Durant est dans la demande de cette médiation préférée aux inductions verbales.

A la séance du 2 janvier 2016, M. Durant est absent. Il a *rechuté* en s'alcoolisant fortement avec un autre patient de l'HDJ. C'est à ce moment-là qu'il part en hospitalisation en urgence après un état d'ébriété sur la voie publique. A partir de cette date, nous ne le voyons plus. Il suit alors une *post-cure* pour plusieurs mois comme énoncée précédemment.

⁵⁷ Le tempo spontané, la reproduction et compréhension des structures rythmiques sont réalisées. Cette épreuve évalue la rétention auditive après avoir discriminé des structures rythmiques.

DISCUSSION

A travers cette discussion je reprends les points essentiels des différentes prises en charge que j'ai suivies cette année. Je me suis interrogée sur certains points et je souhaite ici faire état des diverses situations. A travers des hypothèses, je mène un cheminement pour comprendre Léo, M. Marchand et M. Durant.

I. QUAND LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA DEPENDANCE SE MELENT

1) Le suivi de Léo

Je me suis longtemps attardée, au cours de mon stage, sur les échopraxies et écholalies présentées par Léo. Je me suis demandée pourquoi les utilisait-il autant dans ses interactions ?

J'aimerais tout d'abord entamer mon propos en parlant des comportements et plus particulièrement de ceux de la maman. En effet j'avais l'impression que la maman avait des réticences dans les soins en psychomotricité par rapport à ceux en orthophonie. Cette réaction me semble traduire une volonté de masquer, de réparer les difficultés « qui se voient » car le langage est essentiel dans les interactions. La maman est sûrement consciente du retard de Léo en termes d'expression orale. En revanche sur le plan psychomoteur et psychoaffectif Léo compense et semble, au premier abord, ne pas présenter un gros retard. Il sait s'organiser autour de ses difficultés notamment en utilisant l'apnée afin de lutter contre son hypotonie qui l'ancre dans le sol, comme je l'expose précédemment. La maman apparaît dans le *déni partiel*. Les recherches qu'elle effectue sur les forums concernant la pathologie de son fils, ne l'aident pas à comprendre le syndrome. Il semble qu'elle n'ait pas conscience des symptômes et pense qu'ils ne seront plus présents vers les 20 ans de Léo. Je pense que ceci contribue à une sorte de désinvestissement de la psychomotricité de la part de la mère. Comment se traduit ce désinvestissement ?

Plusieurs éléments de la prise en charge de Léo s'y rattachent. D'une part, le suivi en psychomotricité ne semble pas être une priorité dans le projet de soin au regard de la mère. D'autre part, mi février un entretien avec le papa de Léo est prévu. Cet entretien ne peut pas se faire à l'horaire habituel de la séance car la maman aurait pris un rendez-vous chez le coiffeur pour Léo. Le psychomotricien est

obligé de s'adapter à cela. Le *cadre* apparaît *non respecté* par la maman. Je prends cela comme une *résistance* dans le travail effectué en psychomotricité. Cet acte semble signifier que le coiffeur est plus important que les soins en psychomotricité. Si la maman ne paraît pas participante dans la prise en charge, Léo reste *coopérant, volontaire et vient avec plaisir aux séances*. Sur ce point ne puis-je pas dire qu'il est séparé et individualisé par rapport à sa maman si mes hypothèses se confirment ?

Et pourtant les *échopraxies* et *écholalies* sont présentes. Sont-elles, pour Léo, une manière de *compenser* son retard de langage? Sont-elles le résultat d'un retard ? D'un manque d'identité ? Relèvent-elles du syndrome neurologique de Léo ou d'un versant plus psychique ?

Plusieurs hypothèses me viennent à l'esprit. Premièrement Léo semble avoir conscience de ses capacités et nous le démontre en ne prenant aucun risque dans ses déplacements. En effet il garde un polygone de sustentation large afin d' 'avoir un meilleur équilibre et des appuis plus stables. Il évite les obstacles en les contournant ou demande de l'aide à l'adulte pour les franchir. Un langage plaqué, des échopraxies et écholalies l'aident à surmonter ses *difficultés de langage* et de la *prise d'initiative motrice*. Le tout est en lien avec son autonomie. En imitant des gestes ou en répétant des mots, il fait *illusion*. Je ne pense pas que ceci compense un manque de compréhension chez Léo. Les consignes orales sont intégrées. Il ne s'appuie pas uniquement sur un contexte, sur le langage infra-verbal pour comprendre et saisir la situation exposée.

Le *collage* de Léo *aux émotions* de l'adulte est également un questionnement pour moi. Il imite l'adulte et semble même s'approprier les mêmes émotions. Il lui arrive de rigoler comme l'adulte sans connaître l'origine de cette émotion. Est-ce que cette réaction est *sécurisante* pour lui ? Pense-t-il être *protégé* en étant aussi proche de l'adulte ? De la même manière, Léo ne décrit pas ses émotions. Il n'est pas capable de connaître l'émotion qu'il ressent et d'y mettre des mots. En revanche il lui arrive de rapporter verbalement, à sa maman notamment, une émotion ressentie lors de la séance après que j'ai pu l'énoncer et la différencier pour lui. Il est dans l'écholalie de l'émotion. A ce moment-là, je pense alors lui prêter mon appareil à penser comme le fait la mère avec son bébé au début de la vie. Il s'agit de la **fonction alpha** décrite par Bion. Cette fonction correspond à l' « appareil à penser les pensées ». « Les pensées prennent leur source dans l'expérience émotionnelle, fruit de la rencontre des pulsions d'un être humain avec la fonction alpha d'un autre

être humain. »⁵⁸ Autrement dit le bébé n'a pas la capacité de penser seul au début de sa vie. Sa maman va traduire ses impressions sensorielles et émotionnelles pour lui et lui en renvoyer l'analyse. « En effet, la mère, grâce à sa propre capacité de contenance interne, digère et élabore les projections chaotiques de son enfant et les lui restitue dans un format pensable et assimilable. »⁵⁹ D'après Nicole, l'élaboration de pensées est une acquisition cognitive qui serait « [...] étroitement liée à la qualité des assises narcissiques. »⁶⁰ Ainsi ces *assises narcissiques* entrent-elles dans l'édification d'une identité propre ?

De telles prémices sont nécessaires au processus de séparation-individuation, comme je l'ai exposé au cours de ma théorie. Il s'agit, entre autre, du *lien d'attachement* qui se développe entre le bébé et sa mère. Ce lien correctement instauré permet à l'enfant de disposer d'une *base secure* pour pouvoir se détacher de la figure maternelle. C'est pourquoi je me demande si ces prémices ont été suffisamment présentes chez Léo. Serait-il possible que les liens d'attachement, que le tout-petit a avec sa maman, n'aient pas été assez expérimentés chez Léo ? Les échopraxies et écholalies pourraient-elles également relever d'une difficulté à se séparer de sa mère et de l'adulte en général ? D'une incapacité à être et à exister seul ? Léo resterait coller à l'adulte car seul il ne sait pas faire. Mais pourquoi a-t-il tant de mal dans ce processus de séparation-individuation ?

Le psychomotricien du CAMSP me rapporte que des interrogations sont émises quant à la *présence de la mère* au cours de la petite enfance de Léo. Se pourrait-il que Léo et sa maman n'aient pas eu de bonnes interactions précoces ? Si la mère n'était pas suffisamment présente pour Léo, y a-t-il des risques que le *holding* et *handling* aient été *défaillants* ? Dans ses *difficultés de séparation-individuation*, Léo cherche-t-il à tester les liens avec sa mère ? Se pourrait-il que les interactions mère-enfant ne soient pas réciproques et amènent Léo, dont les *liens d'attachement* sont *insécurisants*, à développer des *stratégies défensives* telles que les échopraxies et écholalies ? Je pense donc à de potentielles carences empêchant une bonne sécurité interne et donc la possibilité de se séparer de l'objet maternel sans angoisse.

Ces carences sont également en lien avec l'ancrage corporel, la construction d'un axe corporel. Je pense alors à l'*apnée* utilisée par Léo pour soutenir son axe,

⁵⁸ GUIGNARD F., 2014, p. 23

⁵⁹ COSTANTINO C., 2011, p. 14

⁶⁰ NICOLE C., 2001, p. 174

compenser son hypotonie, se déplacer et se tenir plus facilement. Si des carences peuvent être notées au niveau du holding, du handling, des interactions précoces alors il se pourrait que Léo ne se soit pas construit un *axe corporel* érigé. Sans axe corporel le bébé ne peut pas se redresser et marcher. L'acquisition de la marche correspond à une étape encourageant l'individuation du fait de l'éloignement de la mère. Bien que Léo se déplace de manière autonome, il n'est pas pour autant individualisé comme le prouvent les échopraxies et écholalies. La construction de l'axe corporel, sur le plan symbolique, amène également le sujet à se reconnaître et à considérer l'autre comme différent de soi. Cela participe au processus d'individuation. Léo pourrait donc présenter un *défaut de construction de l'axe corporel*. En somme, l'enfant « s'appuie sur son axe vertical (structure de son individualité) pour se déployer et découvrir le monde (dynamique structurante de sa personnalité). »⁶¹. Ceci expliquerait que Léo *s'accroche au corps de l'autre*, à travers les échopraxies par exemple, et renvoie des *difficultés de différenciation*. Pour se différencier, l'enfant doit d'abord s'individualiser sur le plan corporel, ne plus faire peau commune avec la mère.

Sans conscience de son propre corps, Léo ne peut pas avoir conscience de celui des autres. Ainsi il ne différencie pas son corps de celui d'autrui. Léo est-il toujours dans ce qu'on appelle l'*adhésivité normale*, le collage, envers l'adulte comme l'est le bébé envers sa mère ? Haag décrit l'identification d'arrière plan dans cette adhésivité comme une indifférenciation entre soi et l'autre. A travers les échopraxies et écholalies je me demande si Léo est encore actuellement dans cette phase de développement.

Léo ne peut pas s'individualiser s'il a mal intégré que lui et autrui ne sont pas les mêmes personnes. Les échopraxies s'apparentent à un collage au corps de l'Autre, Léo reproduit les mêmes activités motrices et *différencie insuffisamment* son action et celle de l'adulte.

Je reprends ici l'épisode de la tortue vibrante, décrite précédemment au cours de la clinique. Je traduis cette activité comme une expérience sensorielle et de conscience corporelle. Les vibrations de l'objet sont senties dans tout le corps. Léo, à travers ce jeu, peut ressentir son corps comme une unité, une globalité. Il explore ainsi la conscience de son corps, expérience qu'il n'a peut-être pas faite lors de son développement. En effet son *hypotonie* pourrait être une *entrave aux expériences* et

⁶¹ COEMAN A., RAULIER H de FRAHAN, 2004, p.70

aux *sensations*. Les rituels autour de la sensorialité, réalisés en séance, sont difficiles à accepter au départ pour Léo. Je pense que cette réaction est due à l'apport de découverte de nouvelles sensations ressenties qu'il n'a peut-être jamais pu explorer. Ces expériences se font également à travers les interactions précoces mère-bébé qui ont une fonction de contenance pour le bébé.

Pour un bon déroulement de ces dernières, la mère doit être disponible physiquement et psychologiquement pour son bébé. Pour Winnicott une mère est suffisamment bonne « [...] par holding, handling, presenting object. Manifestement, l'idée de porter, soutenir, contenir, est au centre de sa pensée. »⁶² Je repose alors la question d'une mère peut être peu présente durant la petite enfance de Léo. Se pourrait-il qu'elle n'ait pas pu s'impliquer comme elle l'aurait voulu dans ses *fonctions maternelles* ? Je m'interroge alors sur le lien d'attachement qui a pu être vécu dans ce couple mère-enfant. N'était-il pas suffisamment fort pour laisser place ensuite à la séparation et à l'individuation ? « [...] la façon dont la mère se comporte vis-à-vis de son enfant peut affecter l'intensité avec laquelle le comportement d'attachement de celui-ci se manifeste. »⁶³ . La séance où Léo se laisse approcher comme un bébé n'est pas anodine. Je pense qu'il s'agit d'un moment où Léo éprouve le besoin de *régresser*. A-t-il besoin de *revivre le lien d'attachement* du tout-petit ? Pourquoi le fait-il en séance avec nous et non uniquement avec sa maman ? Peut être cherche-t-il à tester notre lien d'attachement, d'autant plus que depuis septembre nous sommes dans une relation à trois ? Ou peut être cherche-t-il un autre cadre sécurisant à l'extérieur de chez lui ? Ou plus simplement est-il en demande d'affection ? Le dernier dessin qu'il a réalisé me laisse penser qu'il retrouve ce cadre sécurisant chez son père. Lorsqu'il représente son papa à travers un cercle, j'entends par là qu'il représente la contenance. Qu'en est-il de sa maman ? Pouvons-nous comprendre que sa maman ne serait pas assez contenante pour lui ? La théorie nous rappelle que des réponses adéquates de l'entourage au besoin d'attachement de l'enfant sont gages d'une base de sécurité et d'une image positive de lui-même. A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : capacité de se séparer pour explorer l'environnement, d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. Ceci caractérise un attachement sécurisé. Les traces laissées par Léo symbolisent les expériences corporelles essentielles de la contenance et de la rythmicité entre éloignement-rapprochement du corps maternel. Mes interrogations

⁶² De MELLIER D., 2005, p. 432

⁶³ BARTHELEMY L., GOLSE B., BULLINGER A., 2004, p. 111

semblent rejoindre mon hypothèse d'une maman probablement en difficultés, peu disponible dans la petite enfance, avec un manque d'interactions précoces, de holding, de handling et donc un *manque de base sécurisante*.

Par ailleurs je constate des troubles psychologiques chez Léo qui n'appartiennent pas à son syndrome neurologique. Ceci est-il dû à son environnement familial ? Une fois de plus je me questionne sur les difficultés de cette mère à n'avoir pas pu être présente durant la petite-enfance de Léo. Cette mère a peut être des circonstances atténuantes. Son métier d'agricultrice pourrait être prenant. Des évènements, autour de la naissance et du développement de son enfant, pourraient venir *la préoccuper* et la rendre *moins disponible psychologiquement*. En effet, les questionnements autour d'un enfant atteint d'une pathologie, d'un handicap sont omniprésents.

2) Le dispositif thérapeutique de M. Marchand

A travers la description que j'ai faite précédemment de M. Marchand, je constate la rencontre d'un homme volubile, à l'aise voire familier dans le contact. Cette assurance semble n'être présente qu'au sein de la structure d'addictologie. Ses récits marquent son *manque d'affirmation de soi* dans la société. Sa vie sur les plans professionnel, social et intime est entachée. Il raconte notamment qu'il boit « pour aller séduire les filles » car autrement il est trop timide. Ce comportement contraste avec celui des prises en charge individuelles. Peut être se sent-il compris, écouté et moins différent des autres personnes qu'il rencontre à l'extérieur ?

Au bout de la seconde séance individuelle avec M. Marchand je me suis interrogée sur ce discours si abondant. Ne serait-il pas possible qu'il veuille *remplir un vide* ? Quand il ressasse la même chose, il me semble qu'il remplit l'espace verbal pour compenser le vide de son espace corporel. Dans le groupe j'observe qu'il porte une casquette comme je le décris précédemment. Je pense que cette casquette est pour lui une sorte de protection inconsciente du groupe car il se sent mal à l'aise. Je mets également en lien cette tenue et la prise de poids qui le complexe. Il souhaite cacher ce corps qu'il n'aime pas et se cacher du regard des autres.

Avec M. Marchand, la question du *cadre* est souvent venue se poser. Il pervertit le cadre, il s'en saisit pour avoir le contrôle sur sa prise en charge. « Dans le

vécu d'une thérapie, le cadre, c'est ce qui la délimite et lui donne forme. C'est le plan qui définit les frontières du possible, et celles de l'interdit. »⁶⁴ . Cette perversion du cadre est une *conduite d'évitement*. Cette dernière se qualifie par un comportement, ne pas venir en séance pour le cas de M. Marchand, qui consiste à éviter une situation, un objet. Dans sa pathologie alcoolique, M. Marchand entrave la loi, il se met hors du cadre, des règles sociales et hors de la société. Comme le dit Exposito à propos des sujets alcooliques: « [...] ils attirent notre regard dans un processus de fascination vers le morbide, l'indicible et l'interdit [...] »⁶⁵ .

M. Marchand a conscience qu'il contourne le cadre dans sa vie et ce depuis l'adolescence. Se pourrait-il qu'il soit en recherche de limite du cadre comme pour rechercher ses *propres limites corporelles* ? Le sujet alcoolique n'a pas de limites stables, elles sont floues, l'enveloppe du corps est poreuse. Il se pourrait que la personne malade alcoolique remplisse constamment son corps qui se dévide du fait de l'impression d'une enveloppe poreuse. Il s'agit d'un remplissage incessant. Anzieu évoque la fonction de sac correspondant au corps et qui contient l'ensemble de ce qui nous constitue : « [...], il y a la fonction de sac, qui enveloppe et qui contient, et je crois que la première image du corps que l'on retrouve chez l'enfant, [...], c'est justement celle d'un sac qui se remplit et qui contient tout à l'intérieur, et où l'angoisse correspondante est l'angoisse des trous, dans ce sac, et du vidage. »⁶⁶ Ainsi je pense que chez M. Marchand le corps, par son enveloppe poreuse, ne remplit pas la fonction de sac. Chez lui cette fonction est percée et le sac se vide. Peut être que sa seule solution pour compenser cette faille est de boire pour remplir ce sac et tenter de sentir ses limites corporelles.

Au cours de l'année, la *prise en charge en groupe est entrecoupée* et un questionnement important vient à nous : devons-nous proposer des séances en groupe ou en individuel à M. Marchand ? Sa reprise du travail induit une diminution du temps passé à l'HDJ. Le mi-temps thérapeutique dont il dispose lui permet d'être présent les matinées sur la structure. Avec la psychomotricienne, nous nous sommes *interrogées sur la meilleure prise en charge à proposer* à M Marchand. L'individuel serait approprié en raison des multiples tentatives de suicide réalisées par M. Marchand. Au vu de son anamnèse, décrite précédemment, il semble fragile. La prise en charge en individuel serait plus spécifique que celle de groupe, elle permettrait d'accompagner M. Marchand au plus près de ses besoins. Ce type de

⁶⁴ De MENDIBURU J.-P., 2003, p. 16

⁶⁵ De EXPOSITO C., 2010, p.86

⁶⁶ De ANZIEU D., 1992, p.35

prise en charge nous donnerait également la possibilité de reproduire une situation maternante et donc contenant, protectrice. Certains éléments de la vie de M. Marchand seraient peut être plus évidents à nous rapporter en individuel plutôt qu'en groupe. Il se sentirait plus en confiance et plus à l'aise. Cependant n'est-il pas déjà « trop » à l'aise ?

Et pourtant le groupe, me paraîtrait plus intéressant pour M. Marchand. En effet je sens qu'être en groupe le rend mal à l'aise. Pour ma part, le travail se situe justement au sein de cette difficulté. Cette prise en charge me paraît adaptée pour M. Marchand. Il semble anxieux au sein d'un groupe. Cette anxiété est-elle due au nombre de patients constituant le groupe ? A l'exposition de son corps ? A son apparence qui lui déplaît à ce moment-là ? Le port de la casquette, évoqué précédemment, pourrait signifier qu'il camoufle son apparence exposée à un groupe. Il est plus en retrait, s'affirme moins et je pense que le travail de psychomotricité se situe dans cette problématique. Ses difficultés autour de l'image du corps peuvent être travaillées à travers le groupe et le regard des autres patients. Le regard du thérapeute ne suffit pas à reconstituer une bonne image de soi et une enveloppe corporelle unifiée. Par ailleurs le groupe inclus d'autres patients et permet à M. Marchand, mais également à tous les autres patients, une réhabilitation sociale. Le groupe est un premier pas vers la socialisation, se retrouver dans le respect de règles, d'un cadre. C'est au sein du groupe que M. Marchand se construit. « La construction identitaire est à la fois une affaire individuelle et collective [...] »⁶⁷. Le travail avec les autres est prédominant. A lui de s'imposer, de s'affirmer au sein du groupe qui le paralyse mais également de laisser de la place aux autres.

Finalement, la décision est prise, en mon absence, avec l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle et s'oriente pour la continuité du soin en psychomotricité avec une prise en charge en groupe. M. Marchand aura la possibilité de demander occasionnellement une séance en individuelle quand il en sentira le besoin. A ce moment, le médecin du service prend une place de *tiers instituant* entre M. Marchand et la psychomotricienne. Il rejoint ainsi la fonction symbolique du père dans le couple mère-enfant. En se positionnant le médecin repose un cadre omis par M. Marchand. Il précise l'importance des soins et de la régularité afin de mener à bien le projet thérapeutique.

⁶⁷ De BERTIN C., 2010

La loi par l'introduction d'un cadre peut être structurante. La loi est le cadre qui apporte les limites. Elle se définit comme « règle ou ensemble de règles établies par une autorité souveraine, et qui s'applique aux personnes soumises à sa juridiction »⁶⁸.

En quoi puis-je faire un lien entre processus de séparation-individuation et M. Marchand ?

La question du cadre de l'institution est une des problématiques principales dans le suivi de M. Marchand. Se pourrait-il que la *loi structurante* au sein de l'institution aide M. Marchand dans son processus de séparation individuation ?

La loi, instaurée par le médecin et la psychomotricienne, est le cadre qui repose les limites de ce qui est possible ou non, du réel et du fantasmé, d'un dedans et d'un dehors. Ceci permet d'intérioriser et d'avoir un contenant. Le *sentiment de sécurité* ici instauré, est également fourni par le groupe. Il s'agit d'une « forme de conscience de soi forte et stable sur laquelle il pourra s'appuyer tout au long de son parcours. »⁶⁹ Le cadre « favorise cette dimension du 'tenu' [...] »⁷⁰. C'est pourquoi nous insistons sur l'importance du cadre auprès de M. Marchand. J'ai l'impression qu'à travers les ruptures du cadre, il agit tel un jeune enfant qui teste les liens d'attachement avec sa mère. Cherche-t-il à tester les *liens d'attachement* avec le groupe, avec nous les thérapeutes, avec la structure ou avec les trois à la fois ? « Le cadre, c'est le pot dans lequel la pathologie du client va se produire et se reproduire jusqu'à ce que s'en révèle un sens, et par là même une issue ; puis, que ce sens sorte de ce pot et aille marcotter des processus de santé vigoureux dans la vie socio-affective du client. »⁷¹. Ou alors agit-il dans l'immédiateté annulant tout le crédit d'une parole donnée ? Existerait-il un autre facteur qui entache le maintien d'un cadre ?

La *bipolarité* qu'il présente n'aide pas M. Marchand à rester contenu dans un cadre. Selon les auteurs, la bipolarité se caractérise par un trouble thymique pouvant varier d'une dépression à une manie. La dépression met en jeu une humeur dépressive, associée à un ralentissement psychomoteur, des signes somatiques et parfois des symptômes délirants. Cet état fait rupture avec l'état antérieur du sujet et dure plus de 15 jours consécutifs. En revanche la manie est une exaltation de

⁶⁸ AUZOU P., 2011, p.1174

⁶⁹ De BERTIN C., 2010

⁷⁰ *Ibid.* p. 49

⁷¹ De MENDIBURU J.-P., 2003, p.16

l'humeur qui fait suite à l'humeur dépressive. On note une accélération psychomotrice (personne dynamique, trop dynamique, désorganisée), des signes somatiques (accélération et augmentation des consommations) et parfois des symptômes délirants. Tout comme la dépression, l'état de manie fait rupture avec l'état antérieur et les symptômes perdurent plus de 7 jours.

D'après ses propos, M. Marchand se complaisait sans traitement car l'état maniaque, dans lequel il se trouvait, l'aidait dans la vie. Il se laissait emporter par les idées qui fusaient dans son esprit, emportées par les stimulations externes excitantes. Il vivait sur un mode de *plaisir*. La *psychomotricité* lui permet de se recentrer sur ses ressentis et ses propres limites. Nous lui apprenons à *connaître ses limites corporelles* autrement qu'avec la perversion d'un cadre institutionnel ou social. La psychomotricité à travers ses expérimentations incluant de la *nouveauté*, de l'inconnu, du silence le guide pour apprivoiser des moments de vide. Il apprend ainsi à appréhender la frustration et un état moins gai.

Les expériences corporelles proposées au travers de la conscience corporelle, de la respiration, de l'expressivité corporelle permettent à M. Marchand une expérience de la *surface* et de l'*intérieurité de son corps*. Il est silencieux et attentif. Je pense que ce travail peut favoriser une sécurité interne et instaurer une enveloppe corporelle à travers un *Moi-peau*. A partir de là, il peut se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques. Je remarque cette évolution au cours de la prise en charge de groupe. Lors des exercices proposés, M. Marchand est dans une imitation au plus près du modèle mais le vécu semble différent. L'intériorisation, la compréhension des ressentis s'offre à lui. Il est capable de s'en saisir et découvre une nouvelle étape dans sa prise en charge. Je pense au *Moi-peau*, décrit par Anzieu, où le sujet peut se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques.

La *revalorisation narcissique* apparaît ensuite, facilitant la possibilité du processus de séparation-individuation.

3) L'accompagnement de M. Durant

Afin d'illustrer les propos qui vont suivre, je cite Brusset avec « La conduite addictive, comme quête d'affranchissement de la dépendance affective vis-à-vis des objets externes et internes, induit une autre forme de dépendance [...] »⁷² .

La prise en charge avec M. Durant est marquée par son *absence à partir de mi-janvier*. Cette situation m'apparaît compliquée pour un bon suivi en psychomotricité. En effet cette prise en charge semble être un pilier pour lui dans le projet thérapeutique mais également dans sa vie faite de ruptures.

Il se peut que M. Durant ne trouve pas suffisamment de sécurité interne pour faire face aux événements de sa vie. Ce *manque de sécurité interne* pourrait expliquer son anxiété chronique. *Anxiété* qui se retrouve au sein même des séances de psychomotricité. La volonté de garder son manteau et sa casquette durant la séance exprimerait un manque d'assurance et une angoisse. A travers ce comportement, peut être que M. Durant obtient un sentiment de sécurité en se construisant une sorte de carapace. Il se sentirait protégé.

Le manque de sécurité interne pourrait également expliquer un *manque de confiance en lui*. L'analyse de son dessin du bonhomme me laisserait penser que les traits hachurés traduisent cet état. Ces traits illustrent également un contour du bonhomme discontinu. Ceci me rappelle la possibilité que M. Durant ressente son enveloppe comme non unifiée, non sécurisante et trouée. « Cette insuffisance de délimitation des frontières ([...] marquée par une relation d'objet de type fusionnel) rend toute perspective de séparation potentiellement dangereuse »⁷³ . Se pourrait-il qu'il se rejoue inconsciemment des *angoisses archaïques*, notamment celle d'intrusion, de vidage ? Comme je le dis pour M. Marchand, les alcoolisations chez M. Durant pourraient traduire une volonté de remplir ce corps afin de compenser des vidages à travers l'enveloppe poreuse. Cette alcoolisation « [...] est une défense contre des angoisses archaïques intenses [...] »⁷⁴ .

Les angoisses archaïques qui refont surface viendraient-elles d'un manque d'attachement à la naissance ? M. Durant aurait alors un sentiment de ne pas être solide et suffisamment secure pour présenter une base interne stable. Ceci m'amène

⁷² De BRUSSET B., 2004, p. 405

⁷³ VENISSE J.-L., GRALL-BRONNEC M., 2013, p.38

⁷⁴ EXPOSITO C., 2010, p.96

à penser que son anxiété chronique découlerait de ce sentiment de non sécurité. M. Durant a peut être la peur de tomber, de s'effondrer car il ne se tient pas seul. L'alcool lui permet de se tenir à quelque chose, sans être séparé. Je suis tentée de dire que dans la situation d'alcool-dépendance il se pourrait qu'il revive une *dépendance affective* sous une autre forme, comme pour compenser celle qu'il n'aurait pas suffisamment expérimentée dans son développement primaire. Pense t-il reconstruire une forme de lien d'attachement ?

Je reste sur le mode hypothétique car je possède peu d'éléments sur sa famille.

Me vient alors des interrogations sur la *figure paternelle* dans le développement de M. Durant. Je me demande si son père n'a pas été déficient dans sa fonction symbolique. A-t-il présenté le rôle inconscient de tiers séparateur qui permet à l'enfant de s'implanter en tant que sujet ? En effet pour M. Durant, j'évoque une impression de non existence en tant que sujet. Ce concept de sujet « définit essentiellement une position de la personne, de l'individu, par rapport à autrui et par rapport à lui-même. »⁷⁵. M. Durant a-t-il pu s'identifier et se différencier de son père dans son développement pour édifier une identité ? Car il me semble à la recherche de cette identité. Il reste au cœur d'activités à dominance féminine comme les tâches ménagères, le jardinage. Son métier de carrossier ne lui plait pas et ne l'aide pas à se placer en tant qu'homme. Sa *difficulté à s'identifier* semble se répercuter sur l'identification de sa fille qu'il ne nomme jamais. A travers « la pepette » il n'existe pas de sujetisation, il a des difficultés à l'identifier comme il en a pour s'identifier lui-même. Je pense alors à la possibilité d'une *fragilité de l'image du corps* décrite par Dolto.

Dolto parle de différents versants dans l'image du corps.

- *L'image de base* : elle correspond à un sentiment de « mêmeté d'être ». Nous portons en nous la conviction intérieure et inconsciente que nous allons continuer d'exister en restant les mêmes. Cette conviction repose sur les liens forts entre corps et esprit. Winnicott l'appelle la conviction de continuité d'existence.
- *L'image fonctionnelle* se réfère à la notion d'identité, savoir qui nous sommes. De nouveau nous sommes dans quelque chose de la jonction corps-esprit : quand je me perçois en train de me ressentir je sais qui je suis. Un trouble de

⁷⁵ DENIS P., 1991, p. 1545

l'identité est un trouble de la jonction corps-esprit. Quand un bébé a construit son enveloppe, délimitant un dedans d'un dehors et ayant une fonction de contenance, alors il devient sujet. C'est notre but en psychomotricité avec M. Durant.

- L'*image érogène* s'assimile à l'identité sexuée. Il s'agit d'une étape dans le développement affectif. Le sujet se ressent comme appartenant au sexe masculin ou féminin.⁷⁶

Ces trois types d'image du corps sont menacés chez M. Durant.

En le trompant, sa femme ne peut pas mieux le blesser dans sa masculinisation. Je reste dans l'hypothèse que M. Durant peine à se sentir homme, masculin et père de famille. Cependant au cours de sa prise en charge il nous montre et surtout se montre à lui-même qu'il est capable de remplir ses fonctions de père de famille lorsqu'il ramène en sécurité sa compagne et sa fille au domicile après une soirée. Peut être se prouve-t-il à lui-même que malgré l'image paternelle qu'il n'a pas eu, lui exerce ses fonctions de père ?

L'image érogène de M. Durant semble alors affectée, comme si au travers ses activités il nous montre qu'il ne sait pas où il se situe entre un être féminin ou masculin. Je retrouve ici la notion d'identité qui n'est pas déterminée chez M. Durant. Les trois types d'image du corps évoqués par Dolto sont affectés chez lui. L'alcool apparaît comme une substance qui dissout son angoisse dans un contexte où il n'a pas une bonne image du corps, il n'arrive pas à se définir, se contenir, à s'affirmer sans éclater.

Je mets en lien les alcoolisations de M. Durant avec les événements marquants dans sa vie. En effet d'après son anamnèse, il s'alcoolise par exemple avant de demander sa compagne en mariage, avant de commencer une formation professionnelle. Ces alcoolisations ne masquent-elles pas l'anxiété qui refait surface à chaque tournant de sa vie ? Je pense que ces situations marquent la nécessité d'affirmer son statut et l'alcool s'impose comme *anxiolytique*. « Les addictions seraient 'une nouvelle façon de penser (ou panser) la souffrance psychique'. »⁷⁷

La situation de bilan que je propose à M. Durant, reprend cette forme d'anxiété que j'ai pu décrire. Je constate qu'il peine à faire face et à gérer les événements

⁷⁶ Issu du cours de PIREYRE E., (2016), Paris, L'image composite du corps, non publié à ce jour

⁷⁷ De VALLEUR M., MATYSIAK J.-C., in BRUSSET B., 2004, p. 407

stressants. Je tente de le rassurer avant la passation du bilan. Les résultats exprimés précédemment mettent en relief des *difficultés d'attention*, de *concentration* provoquant un *ralentissement psychomoteur*. Il est dû à l'angoisse et l'anxiété d'être évalué, de ne pas savoir s'il fait correctement les exercices. Je propose une enveloppe contenant à travers l'humour, la parole, les mots.

Ces mots m'apparaissent très importants auprès de M. Durant. Nous, psychomotriciennes, rejouons le stade de *préoccupation maternelle primaire*. Le processus initial pour un bon développement de l'enfant, se répète avec M. Durant. A travers nos regards de psychomotricienne, nous venons comme panser les *probables failles* de son enfance. Nous nous plaçons dans une position d'écoute et de mise en mots de son vécu. Je pense qu'il se sent compris et que nous lui permettons de comprendre son corps, ses réactions. Je le ressens d'ailleurs au fil des séances où il commence à être plus expansif dans son discours. Il se montre moins réservé et élabore des réponses plus développées qu'un simple « oui/non ».

C'est une nouvelle étape pour lui, pour qui j'évoque une passivité au cours de la description de l'évolution de sa prise en charge. J'émetts l'hypothèse d'un lien entre l'abandon d'un rôle d'acteur dans sa vie et *l'ambivalence présente dans sa situation affective*. En effet il vit longtemps avec l'indécision d'une séparation ou non d'avec sa compagne. Cette situation non définitive ne lui permet peut être pas de s'impliquer comme il se doit et de s'imposer, d'autant plus qu'il a des difficultés à s'affirmer. La passivité n'est cependant pas présente sur le plan professionnel où il applique les démarches pour engager une formation.

Puis, comme annoncé dans son anamnèse, fin novembre M. Durant voit du changement dans sa vie : la séparation avec sa compagne est prononcée. Je ne le trouve pas plus souffrant qu'avant. Il nous dit ne pas avoir de ruminations. Je ne note pas d'alcoolisation à cette nouvelle page de sa vie. Je pense que la situation est clarifier pour lui et sa compagne et par conséquent plus simple à gérer. A travers ce tableau il nous montre qu'il cherche des ressources internes pour gérer cette séparation, sans l'aide de l'alcool. Nos mots sur les ressentis, la sécurité de base qu'il détient sont-ils suffisants pour l'aider dans cette situation ? Cela reste une hypothèse.

Pourquoi j'évoque ces situations cliniques ?

II. POURQUOI ETABLIR UN LIEN ENTRE CES STRUCTURES

Je me suis interrogée sur les trois études cliniques que je vous présente. Tout au long de l'année j'ai tenté de faire des *liens entre la structure d'addictologie et le CAMSP*, pourtant diamétralement opposés. Les échanges, questionnements avec ma maitre de stage m'ont amenée à vouloir découvrir des liens entre la *dépendance à l'alcool et le développement affectif antérieur* des patients. Je pense alors à une analogie entre mon stage au sein du CAMSP, où je reçois des enfants, et celui dans le service d'addictologie pour adultes.

Comme je vous l'ai exposé dans mon introduction, l'addictologie est un domaine qui m'est inconnu jusque-là. Je ne connais pas la symptomatologie des pathologies que je peux rencontrer, ni les modes de prises en charge, ni même les traitements qui y sont proposés. Le profil des patients m'apparaît très obscur au début de mon stage. Je m'interroge sur la manière de me comporter, sur les problématiques psychomotrices présentées par les patients, les exercices psychomoteurs à réaliser. Je souhaite connaître la place de la psychomotricité au sein de l'addictologie. Je connais l'importance de la psychomotricité dans les troubles des conduites alimentaires grâce aux cours que j'ai pu avoir lors de ces trois années d'études. En revanche, la dépendance aux substances est très peu enseignée. Au début de mon stage, je suis donc dans une découverte du domaine.

Je pense qu'à travers les liens établis entre l'enfance et l'addiction, je cherche des explications aux pathologies que je rencontre et aux personnalités si fragiles des patients. Peut-être suis-je dans la volonté de *comprendre les addictions* en me référant à des données que je connais mieux ?

Après recherches et questionnements, je me rends compte du *lien qui existe entre le développement de l'enfant et sa vie future*. Je constate que cette période semble essentielle et conditionne les bases nécessaires à se construire une identité.

« La relation à l'objet est le mode de relation au monde et aux personnes le plus significatif. »⁷⁸. M. Durant appréhende son environnement et sa situation dans la société. La citation renvoie alors à mon idée de lier son vécu actuel au développement de la relation avec la figure maternelle. Cependant je me base uniquement sur des *hypothèses*. Mais cette démarche de réflexion m'aide à édifier

⁷⁸ M. LEJOYEUX, 2013, page 38

des axes thérapeutiques en psychomotricité pour les situations cliniques de M. Marchand, M. Durant et Léo.

III. LA PSYCHOMOTRICITE

1) En quoi le travail et les problématiques du psychomotricien peuvent être semblables dans deux structures différentes ?

Au sein du CAMSP et du service d'addictologie la population accueillie, l'âge de développement, le motif initial de consultation sont différents. C'est donc au cours de mes stages, des échanges avec les psychomotriciens que je perçois des similitudes dans les problématiques psychomotrices : le *processus de séparation-individuation* est mis à mal. En effet chez Léo, exposé précédemment, les *écholalies* et *échopraxies* pourraient relater une difficulté de séparation et d'individuation par rapport à l'adulte. Cette même problématique est présente chez les sujets *alcoolo-dépendants*. Leur envie irréprouvable de boire illustre une difficulté de séparation à la substance. Sans elle, le sujet est perdu. Souvent M. Marchand et M. Durant me disent être désemparés, sans repère. Le lien d'attachement décrit par Bowlby peut être repris dans le contexte de l'addiction. Il ne s'agit pas d'un attachement envers l'objet maternel mais envers un autre objet qui est le verre ou la bouteille d'alcool.

A travers cette problématique commune pour des pathologies neurologiques et addictives, j'édifie le rôle du psychomotricien. En quoi son activité est semblable dans deux structures différentes ?

En début d'année je ne m'attendais pas à constater un *rôle similaire* pour le psychomotricien en CAMSP et celui d'un service d'addictologie. Pourtant j'imagine rapidement les rapprochements possibles.

Les patients alcoolo-dépendants me semblent fragiles et dépourvus dans leur corps comme un bébé qui découvre le sien et qui ne sait pas gérer ses différents vécus ; ou comme un enfant en retard de développement. Le psychomotricien a alors pour but d'instaurer une *sécurité interne*, défaillante chez Léo, M. Marchand et M. Durant. Cette dernière permet une base suffisamment solide en eux pour s'ancrer dans leur corps. De bonnes *assises narcissiques* en découleront alors. Celles-ci sont

les prémices dans le processus de *développement de l'identité* et donc de *l'individuation*. « Le noyau central et omniprésent des troubles inscrits dans cette catégorie concerne principalement une insécurité de fond, l'immaturation, des défauts dans la régulation de l'estime de soi, l'angoisse dépressive et de séparation et une difficulté d'individuation.»⁷⁹ . Des exercices de respiration, de mobilisations corporelles, sont proposés à M. Marchand afin de s'appuyer sur l'imitation du modèle, la psychomotricienne. Je tiens à marquer l'importance de l'imitation et de l'identification au modèle : « ils ont une place centrale dans le processus d'individuation [...]. Ils confirment le bien-fondé de l'imitation immédiate, cette fois dans une perspective thérapeutique, le but est de donner aux patients leur place en tant que sujet »⁸⁰ .

Si les sujets ont cette capacité basique de se séparer et de se sentir en sécurité, ils vont construire une estime d'eux suffisante pour s'investir dans la vie intime et relationnelle. La fragilité narcissique entraîne des répercussions en termes de constitution de la relation à l'objet maternel et de capacités d'intériorisation.

Chez M. Marchand et M. Durant, je retrouve la présence d'angoisses dites archaïques car elles surviennent avant l'apparition du langage. Ces angoisses, de morcellement, de chute, d'intrusion, de liquéfaction du corps par exemple, peuvent se trouver dès la naissance. « Telles une toile de fond, elles sont très présentes dès que l'on cherche à comprendre les rapports de l'être humain à son corps. Le plus souvent inconscientes, elles ont des implications essentielles dans la vie quotidienne. »⁸¹ . Comme le dit Pireyre : « La thérapie psychomotrice se prête assez bien à l'émergence des angoisses archaïques. »⁸² . Le *travail corporel* et l'écoute du psychomotricien aux signaux du corps sont essentiels.

Les trois patients que je suis cette année présentent également un manque de constitution d'objet interne. La psychomotricité apporte la répétition dont ils ont besoin afin de permettre une réassurance. Le travail autour de la séparation-individuation se fait lorsqu'on insère de la *nouveauté*. Celle-ci se retrouve à travers la proposition de nouveaux exercices, de nouvelles médiations mais également par ma présence au sein des séances. M. Marchand, M. Durant et Léo ne sont plus seuls avec le psychomotricien. Mon arrivée interrompt cette relation duelle comme le fait le

⁷⁹ de JUCHEU C., LIGHEZZOLO J., CLAUDON P., DIWO R., 2006, p. 54

⁸⁰ HOCHMANN J., FERRARI P., 1992, p. 2

⁸¹ PIREYRE E., 2004, p.4

⁸² *Ibid.*

père dans le couple mère-enfant. J'apporte la fonction de *tiers séparateur* entre le patient et la psychomotricienne.

Son but est de contribuer à une *approche corporelle* pour apprendre à se connaître soi avant de connaître l'autre. L'investissement corporel engendre une mise en mouvement nécessaire à l'appréhension du monde. La *relation* avec ses pairs en dépend. « [...] les traumatismes précoces empêchent la mise en jeu classique du corps dans l'échange, dans un rapproché qui devient intrusion et aboutit à la reviviscence traumatique. »⁸³ La psychomotricité apprend à se *reconnecter avec son corps* tout en faisant les liens avec son esprit.

Ce travail, au sein de mes deux structures de stage, engendre une *revalorisation narcissique* sans laquelle la *sécurité interne*, les *assises narcissiques* et le processus de *séparation-individuation* ne seraient pas possibles. Par conséquent, il existerait un manque dans l'instauration d'une *identité*, l'*abolition des angoisses archaïques* et l'*investissement corporel*. A travers ma façon d'être, ma posture, mes paroles, mon écoute, mon attitude bienveillante et empathique la revalorisation se structure chez Léo, M. Marchand, M. Durant.

M. Marchand et M. Durant, à travers leur addiction comportementale à l'alcool, présentent une perte du contrôle des mécanismes naturels alternant recherche de plaisir et évitement de souffrance. La gestion des émotions positives comme négatives se trouve altérée. L'*apaisement tonico-émotionnel* et la *mise en mot* proposés en psychomotricité restaurent ce processus tout comme chez Léo pour une appropriation de ses ressentis et émotions. A travers cela, je revois la préoccupation maternelle primaire qui, d'après Venisse et Grall-Bronnec, est un « véritable cocon psychique fondateur ».⁸⁴

⁸³ EXPOSITO C., 2010, p.96

⁸⁴ VENISSE J.-L., GRALL-BRONNEC M., 2013, p. 38

2) Mes ressentis et ma place de stagiaire

a- Le CAMSP

Mon vécu au sein du CAMSP est différent car je me sens plus à l'aise avec les enfants. Je pense avoir plus de spontanéité avec eux dans les exercices que je peux leur proposer.

Dès le début de mon stage, j'apprécie tout particulièrement être *intégrée au dispositif thérapeutique de Léo* sans être seulement observatrice. Connaissant plus le domaine de l'enfance que de l'addictologie, je pense que j'aurais été frustrée d'être en dehors de toute relation et de ne pas m'engager.

Léo et le psychomotricien m'ont rapidement sollicitée. Ce dernier me fait confiance en me déléguant dès octobre des temps de la prise en charge de Léo. Je suis surprise de cette situation mais ne trouve pas pour autant que ce soit précocité. Je me sens capable et je souhaite mener des prises en charge seule.

Au cours de ce stage j'apprends à *composer avec le retard de développement assez important de Léo et sa famille*. Comme j'ai pu le préciser dans sa situation, la relation avec la famille n'est pas toujours simple et notamment avec la mère. Au CAMSP, les soins prodigués aux enfants prennent également en compte la famille dans les accompagnements administratifs, les projets thérapeutiques de l'enfant concerné, le suivi psychologique des parents et de la fratrie.

En débutant la prise en charge avec Léo, je fais le choix de ne pas consulter son dossier médical afin de découvrir par moi-même cet enfant. A la première séance, je suis surprise qu'un lien se tisse aussi rapidement entre nous. J'ai cette impression de toujours avoir fait les séances avec lui. Ce sentiment me met donc à l'aise. Je me sens même capable d'intervenir dans les propositions sans risquer de l'intimider.

Le tonus pneumatique que présente Léo m'imprègne. Il est défini comme une « sorte de bouée tonique des poumons bloqués en inspiration, confortant le tonus postérieur, qui permet au bébé fragile ou encore immature de stabiliser son regard sur l'objet d'intérêt, mais alors, au détriment des productions sonores, à l'origine de dissociations entre l'exploration et le commentaire sonore des explorations. »⁸⁵

⁸⁵ DELION P., 2015, p. 194

Bullinger ajoute qu'il s'agit d'« une conduite fréquente lorsque les coordinations entre les deux hémicorps ne peuvent s'opérer. L'équilibre entre flexion et extension n'est pas atteint et la position en cyphose domine.»⁸⁶

Lors de ses apnées je ressens dans mon corps cette *difficulté respiratoire* afin de maintenir mon axe. J'ai l'impression d'être en *symbiose* avec lui. Mais ce sentiment me met dans une position où j'édifie un lien fusionnel comme entre le bébé et sa mère. Je me questionne alors sur ma *distance thérapeutique* avec Léo. « [...] il s'agit de choisir le positionnement personnel du thérapeute face à son patient. »⁸⁷ . Quand je m'en rends compte, presque dans la minute qui suit, je fais un travail sur moi. Le thérapeute qui exerce un travail sur lui, implique « qu'il est à même de brider ses mouvements contre-transférentiels, ou à tout le moins d'en réduire suffisamment les interférences inopportunes »⁸⁸ . Je pense donc à m'éloigner de cette posture tout en restant contenante avec Léo. Je ne peux pas me permettre de reproduire sa *problématique de séparation-individuation*.

Au travers de ces stages j'ai pu me rendre compte qu'il m'est plus difficile de maintenir une distance thérapeutique avec les enfants qu'avec les adultes. Pourquoi **ai-je** cette impression ? Je pense me sentir moins à l'aise avec ces derniers. J'imagine me trouver dans une *posture maternante* avec les enfants qu'avec les adultes que je ne souhaite pas infantiliser. Je me sens plus distante et sur la réserve avec les adultes. Je pense avoir construit des barrières. De plus les adultes ont un rapport de *séduction* différent de celui des enfants, les intentions ne sont pas les mêmes. L'enfant veut plaire à l'adulte et lui faire plaisir en réalisant correctement ce qui leur est demandé. Ce phénomène pourrait se rapporter à celui prenant part dans la relation fusionnelle mère-enfant : « à la relation de séduction potentielle entre la mère et son bébé, il convient d'interposer un tiers séparateur, un père [...], exerçant ainsi une force légitime et légitimée par la théorie [...] »⁸⁹ . Cette citation m'évoque la démarche de M. Marchand au cours son discours et de son attitude d'aisance en séance individuelle. Il semble alors avoir un comportement enfantin. Se pourrait-il qu'il se présente ainsi car il se sent exister au travers du regard du thérapeute ? L'enfant peut également se placer dans un contexte de séduction afin d'exister auprès du thérapeute. Ce *sentiment d'existence* peut se faire sous différents aspects.

⁸⁶ BULLINGER A., 2004, p.

⁸⁷ NASIELSKI S., 2012, p.12

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ MARCELLI D., 2015, p. 24

L'épisode de la tortue lors de notre première séance avec Léo vient questionner ce sentiment d'existence. Tout d'abord, cette situation me surprend et m'inquiète. Je trouve cela étrange. La réaction d'empressement pour saisir la tortue lorsqu'elle émet des vibrations me questionne. Je suis surprise et presque déconcertée, je ne sais pas comment réagir. Sur le moment, je ne mets pas de mot afin de traduire, à la fois pour lui et pour nous, son comportement. Je me sens mal de ne pas l'accompagner verbalement dans cette expérience. Puis, après coup, à la fin de la séance, j'interprète cela comme une exploration de son corps à travers les ressentis des vibrations, comme je le mentionne précédemment. Les sensations d'un corps unifié permettent à Léo de se sentir exister. Je m'en veux alors de ne pas avoir pu réagir au moment propice. J'aurai pu lui apporter des éléments sur ses ressentis corporels, sur les conséquences psychomotrices. Mais en ne formulant aucune analyse des potentiels ressentis de Léo, ne l'ai-je pas laissé *s'individualiser* à travers une activité initiée seul ?

b- Le pôle d'addictologie

La place de stagiaire n'est pas toujours évidente.

Durant mon stage en addictologie, j'adopte régulièrement la position d'*observatrice*. En effet les patients n'ont pas de rendez-vous fixe d'une semaine sur l'autre et je suis amenée à vivre diverses rencontres, certaines ponctuelles, d'autres régulières. Cette posture ne me dérange pas car ne connaissant pas l'addictologie, je peux me mettre en retrait et analyser, comprendre les patients, les situations, les problématiques.

Cette place n'est pas toujours facile. Je pense tout d'abord à la nécessité de trouver la juste place entre le patient et le thérapeute. Les *débuts sont compliqués* car je suis plongée dans une multitude d'informations variées et nouvelles concernant l'addiction.

Lors du premier entretien avec M. Durant, je me sens comme *voyeuse* de sa vie alors qu'il se confie facilement à ma plus grande surprise. Je suis *gênée* de connaître toute sa vie en quelques minutes alors que lui-même connaît à peine mon prénom. J'essaie de me faire la plus discrète possible pour ne pas le perturber. Mais je me demande comment reprendre la place d'une stagiaire future professionnelle ?

Je pense avoir la légitimité d'être présente car j'apprends. Je décide de laisser du temps aux patients pour m'accepter. Cette citation de Soulier G. prend alors tout son sens : « Il faut supporter d'attendre pour rendre son épaisseur à un temps susceptible de transformer l'humeur en comportement s'ajustant et ajusté. »⁹⁰

En début de stage, je me sens *naïve*, je ne parviens pas à déceler le vrai du faux dans les paroles des patients. Comment être certaine que M. Marchand, par exemple, ne nous ment pas sur sa consommation d'alcool qu'il pourrait minimiser ? D'autant plus que je le sais séducteur à travers son discours et son apparente, mais non réelle, aisance à parler. Les échanges avec ma maitre de stage m'aident à éclaircir certaines déclarations. C'est alors que je me sens *inexpérimentée* dans le domaine. J'ai cette impression d'être retombée en première année d'étude où tout est à apprendre. Avec le recul je me rends compte qu'en début d'année j'ai du mal à me séparer des mots, des impressions de ma maitre de stage. Je me retrouve moi-même dans une situation où je me colle à ses propos et où je n'ai pas mon propre avis sur la question. Je pense que ce comportement est un passage vers l'apprentissage. Je pense et j'espère avoir progressé à ce niveau-là. Afin de posséder mon *propre point de vue*, je me suis documentée sur l'alcoolisme et les échanges avec ma maitre de stage me permettent de mieux connaître la pathologie. Ces derniers m'ont guidée et orientée.

J'écoute, observe avec M. Marchand et M. Durant afin de tenter de poser un sens sur leur vécu. Ceci m'aide à les comprendre et à me forger un point de vue. Je suis attentive à eux lors des séances. « On est attentif quand on regarde bien, quand on écoute bien, quand on goûte bien. »⁹¹ . Je me rends présente pour eux, cette présence « consiste à accueillir, avec générosité, le réel, le monde, autrui [...] »⁹² . A cette citation je rajoute également que j'accueille leurs impressions imaginaires, pas seulement réelles ou ce que je crois réel. Pour moi, l'*alliance thérapeutique* s'instaure là.

A travers leurs discours, notamment celui de M. Marchand, je ne suis jamais certaine de toucher la vérité. Ceci est la base de notre profession : émettre des *hypotheses* et les affirmer ou les infirmer. C'est la démarche que j'ai suivie, au cours de mes stages, dans l'analyse de Léo, M. Marchand et M. Durant.

⁹⁰ SOULIER G., 2010, p. 35

⁹¹ LENOIR F., 2015, p.60

⁹² *Ibid.*

Etant observatrice, il m'arrive parfois de me demander quoi observer, à quels détails me rattacher chez M. Marchand et M. Durant. Je me suis alors attardée sur la manière dont chacun habite son corps, les potentiels perturbations psychomotrices, l'équilibre, la concentration, le tonus. J'observe également leur attitude, leur posture, leur parole, leur comportement, leur regard envers la psychomotricienne et moi-même.

M. Marchand m'investie rapidement dans la séance en s'adressant à moi au cours de leur discours. Je trouve cela agréable mais j'ai l'impression qu'un lien de *confiance* s'installe précocement.

D'autres, comme M. Durant en début de prise en charge, ne se tournent pas vers moi. Est-ce de la timidité ? De la honte ? A-t-il peur que je le juge ? Je ne souhaite pas qu'il craigne d'être étiqueté, j'essaie donc d'adopter une posture *empathique* visible. Je me montre à l'écoute, compréhensive, je porte un regard bienveillant.

Dès la première rencontre avec M. Marchand et M. Durant, je cherche des dispositifs thérapeutiques à leur proposer dans le cadre de la psychomotricité. Je me rends compte que j'éprouve du mal à pouvoir proposer des exercices. En effet je dois souvent faire face à la difficulté de *ne pas infantiliser* les patients adultes. Il m'apparaît compliqué de varier les propositions, les médiations pour des adultes. Il me paraît plus simple d'envisager une prise en charge pour un enfant. En effet pour eux de multiples propositions peuvent être faites à travers le ludisme. Chez les adultes nous revenons à des exercices plus rationnels. Cependant cette année, j'apprends à développer une palette d'exercices pouvant convenir aux adultes. Je me sens moins perdue qu'en début de stage où je me questionnais sur l'apport psychomoteur pour une population adulte.

Je souhaite expérimenter diverses propositions avec M. Durant en séance individuelle. C'est plus compliqué pour M. Marchand qui est en groupe et avec qui je ne peux pas réaliser des exercices spécifiques à ses besoins. Mes idées de projet thérapeutiques pour M. Durant se sont rapidement effondrées. A partir de mi-janvier, comme indiqué dans son anamnèse, il s'absente des prises en charge car il *rechute* dans l'alcool. A cette annonce, je suis *déçue* de lui car je le sentais plus fort face aux événements qu'il pouvait rencontrer. Mais cette déception laisse place à une inquiétude pour ce patient. Je suis consciente de ne rien pouvoir faire. Au vu de son évolution positive je croyais en lui. Au sein de ce pôle d'addictologie, je me rends

compte que les rechutes étant régulières, nos espoirs placés sur les patients tombent souvent à l'eau. Comment le psychomotricien gère-t-il à son tour la séparation, l'abandon de mener à bien un projet thérapeutique ? Pour ma part, il m'est compliqué d'envisager de reprendre régulièrement les objectifs thérapeutiques délaissés. J'aurai cette impression de ne pas le faire progresser, d'être inutile. J'envisage le travail en psychomotricité sur du long terme afin de laisser le patient aller à son rythme. La régularité du suivi me paraît primordiale. Elle permet un cadre secure et contenant pour le patient, il peut sentir que je suis présente pour lui.

Que ce soit avec M. Marchand ou M. Durant, je me demande comment les objectifs psychomoteurs peuvent être maintenus dans une telle *discontinuité*. D'autant plus que les patients me semblent fragiles sur le plan narcissique et un travail sur la revalorisation est omniprésent en psychomotricité. Je me rends compte que la psychomotricité correspond à un *pilier*, un point d'attache à la structure pour les patients. S'ils partent, quittent la structure et donc la psychomotricité, ont-ils assez de ressource pour se relever ? Cependant dans le cas de M. Marchand quitter la structure symboliserait une séparation avec cette dernière, séparation du fait de sa reprise professionnelle. Cela viendrait marquer un point final à son périple et à ses difficultés de séparation-individuation. Pour autant, la reprise du travail, le sevrage, la stabilisation de la bipolarité sont beaucoup de nouveautés à gérer pour lui. Je suis donc en accord avec la structure de garder un suivi régulier. L'annonce d'un suivi temporaire m'interpellaient.

Je réalise rapidement que la posture d'observatrice est *enrichissante* car elle me permet de percevoir et saisir des détails chez M. Marchand et M. Durant qui nous échappent lorsque nous sommes pris dans le cours de la séance. Après l'observation, un temps de recul est remarquable. C'est notamment à ce moment que des liens peuvent apparaître, que des hypothèses peuvent venir prendre sens. Quand je commence à prendre en charge le groupe, je tente de garder au mieux cette posture d'observatrice afin de ne rien perdre des éléments que M. Marchand pourrait nous transmettre inconsciemment.

Pour la première fois depuis le début de mes études, je travaille avec des adultes non déficients. Je me confronte alors à la *difficulté de me sentir jugée*. J'ai l'impression que les patients d'addictologie me trouvent trop jeune pour exercer le métier ou qu'ils attendent quelque chose de moi. Mon expérience de stage m'amène à réfléchir sur ma posture. Les patients se représentent-ils le thérapeute comme figure du savoir ? Ainsi, quelle place m'accordent-ils ? Je pense que je manquais de

confiance en moi en ce début de stage. Cet état peut être ressenti par les patients au travers du *dialogue tonique*, décrit par Ajuriaguerra. Ce concept correspond à une fusion qui apparaît inconsciemment dans la relation. « Lors de la phase de dialogue, l'action propre et celle d'autrui sont vécus [...] comme des attitudes interchangeables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la vie développée d'autrui et l'enrichissent. »⁹³

Avec des enfants le lien est rapidement mis en place lorsqu'on s'abandonne à des jeux. Avec des adultes c'est différent, il faut les attirer autrement. J'appréhende chaque séance de groupe que je prends en main car j'ai le sentiment de devoir me justifier. Le regard de ces adultes n'est pas simple et je pense perdre toute crédibilité. Comment résilier cette impression ? Comment m'en séparer pour édifier ce que je souhaite entreprendre en stage ? Avec le recul, je pense me retrouver dans cette problématique de séparation, d'un sentiment, vers l'individuation, de devenir une professionnelle sur le terrain. A force de réassurance je m'impose progressivement. J'expose les propositions d'exercice et j'explique les objectifs afin que les patients saisissent ma place.

⁹³ De AJURIAGUERA J. de, BONVALOT-SOUBIRAN G., 1959, p.429-430

CONCLUSION

Le développement du bébé fait partie prenante de sa future vie. Toutes les étapes ont un enjeu essentiel.

A travers ce mémoire j'ai tenté de rapprocher deux structures opposées. Malgré des pathologies différentes, le lien psychomoteur réunissant Léo, M. Marchand et M. Durant, serait la difficulté, une angoisse à se rendre autonome et individu. La dépendance traduit les *difficultés de séparation-individuation* d'un sujet. Cette problématique s'exprime différemment chez chacun. M. Marchand recherche une *contenance* à travers le *cadre de l'institution*. M. Durant teste le processus à travers des *ruptures*. Léo se présente sur un mode *écholalique* et *échopraxique*. Chez lui, la dépendance est affective car il semble faire peau commune avec l'adulte, il se situe dans un *lien d'attachement*. M. Marchand et M. Durant présentent, eux, une dépendance à l'alcool. Leur addiction à l'alcool est le moyen qu'ils ont trouvé pour nous exprimer leur souffrance « [...] mais ils peuvent aussi avoir subi des défaillances répétées et cumulatives au cours des interactions précoces dans le portage, le maintien et les soins. »⁹⁴ Il se peut que « l'addiction puisse servir de prothèse identitaire, d'identité d'emprunt, [...], pour des jeunes justement en quête identitaire majeure »⁹⁵.

Le psychomotricien a une place auprès de chacun de ces patients. Il doit apprendre à travailler avec le patient et son vécu. Ce vécu correspond à la vie intra-utérine, à la petite-enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Entre régression et étayage, il doit *s'adapter constamment* aux besoins du patient. Il l'accompagne dans une *reconstruction psychoaffective* et *psychocorporelle*. Le sujet apprend à se connaître lui et son corps. Il devient contenant et contenu à travers une *enveloppe globale et sécurisante*. Le psychomotricien, dans sa rencontre psychocorporelle avec le patient offre une certaine lecture. Celle-ci n'est pas exhaustive. C'est un métier d'observation et d'écoute qui va aussi apprendre des autres disciplines et devoir s'articuler au sein d'une équipe *pluri-professionnelle*.

⁹⁴ EXPOSITO C., 2010, p. 96

⁹⁵ M. LEJOYEUX, 2013, p. 40

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire et ouvrage de référence

AUZOU P., (2011), Dictionnaire encyclopédique, Paris, Auzou

DSM IV, (1994), Critères diagnostiques, Masson

Ouvrages

ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod

AUDIBERT C., (2008), *L'incapacité d'être seul*, Paris, Payot

BAILLY D., VENISSE J.-L., (2001), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Elsevier Masson

BRUST J.C.M, (2007), *Aspects neurologiques de l'addiction*, Paris, Elsevier Masson

COEMAN A., RAULIER H de FRAHAN M., (2004), *De la naissance à la marche – Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, ASBL Etoile d'herbe, Bruxelles

DENIS P., (1991), *Sujet – Surmoi et utopie dans*, In LE GUEN C., *Revue Française de psychanalyse*, Paris, Puf

GUEDENEY N., GUEDENEY A. et al, (2009), *L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée*, 3^{ème} édition, Issy les Moulineaux, Masson

de GRAVELAINE F., SENK P., (1995), *Se libérer de ses dépendances*, Paris, Robert Laffont

HOCHMANN J., FERRARI P., (1992), *Imitation et identification chez l'enfant autiste*, Paris, Bayard

LEBOVICI S., STOLERU S., (1994), *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste ; Les interactions précoces*, Paris, Bayard

LEBOYER F., (1976), *Shantala : Un art traditionnel, le massage des enfants*, Paris, Seuil

LEJOYEUX M., (2013), *Addictologie*, Paris, Elsevier Masson

LENOIR F., (2015), *La puissance de la joie*, Paris, Fayard

LE RUN J.-L., GOLSE B., (2008), *Les premiers pas vers l'autre*, Ramonville Saint-Agne, Erès

LIEBERMAN A., (1993), *La vie émotionnelle du tout-petit*, Paris, Odile Jacob (2001)

MAZET P., STOLERU S., (1993), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson

REYNAUD M., (2005), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson

SAIET M., (2011), *Les addictions*, Paris, Puf

GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., MOYANO O., SCIALOM P., CORRAZE J., In SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., (2012), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck Solal

WINNICOTT D. W., (1957), *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot

WINNICOTT D. W., (1987), *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot

Articles

De AJURIAGUERRA de J., BONVALOT-SOUBIRAN G. (1959), Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile, *Psychiatrie de l'Enfant*, n°2

De ANZIEU D., (1992), Le Moi-peau, *Le journal des psychologues*, n°100

De BARTHELEMY L., GOLSE B., BULLINGER A., (2004), Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 47

De BERTIN C., (2010), Corps en groupe – Corps groupal - Une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°163

De BLONDEL M.-P., (2004), Objet transitionnel et autres objets d'addiction, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68

De BULLINGER A., (2001), Les prothèses de rassemblement, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Vol. 49

De COSTANTINO C., (2011), Introduction, *Cliniques*, n°1

De DAVID R., OBLIN N., (2012), Parce que la compétition n'est pas un jeu..., *Le sociographe*, n°38

De DELION P., (2015), André Bullinger (1941-2015), *Psychologie Clinique*, n°40

De EXPOSITO C., (2010), De l'emprise maternelle à l'inceste chez le sujet alcoolodépendant : quand le dialogue corporel semble impossible, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°162

De EXPOSITO C., (2012), Psychomotricité et alcoolodépendance : un espace pour sortir de l'agir répétitif, *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°171

De GUIGNARD F., (2014), Bion - un penseur en quête de pensées, *Le Coq-héron*, Erès, n°216

De de JUCHEU C., LIGHEZZOLO J., CLAUDON P., DIWO R., (2006), La prévention des dépressions, *Le journal des psychologues*, n° 235

De MACELLI D., (2015), De la séduction « ontologique » à la séduction dans l'éducation : comment infiltre-t-elle la relation parent-enfant ? , *Enfances et Psy*, n° 68

De MELLIER D., (2004), La fonction à contenir, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 48

De MENDIBURU J.-P., (2003), La fonction du cadre, *Gestalt*, n°25

De MORIN G., BOUYCHOU M., VAN CAEYSEELE A., (2014), Les processus de séparation en institution : de la symbiose au lien, *Cliniques*, n°8

De NASIELSKI S., (2012), Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance, *Actualités en analyse transactionnelle*, n° 144

De NICOLE C., (2001), Quand penser devient douloureux - Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent, *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 44

De PIREYRE E., (2004), Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité, *Evolutions psychomotrices*, n° 63

De SOULIER G., (2010), Approche sensible de la relation adulte-bébé, *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n°25

De STIERLIN H., (2003), La parentalité comme élément, expression et conséquence d'une culture démocratique, *Thérapie familiale*, Vol. 24

De VALLEUR M., MATYSIAK J.-C., (2002), *Les addictions (dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique)* In BRUSSET B., (2004), Dépendance addictive et dépendance affective, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68

ANNEXE



Annexe I : Le dessin du bonhomme réalisé par M. Durant.

Résumé

La dépendance existe sous différentes formes et implique de diverses problématiques. Dans le développement du jeune enfant, une forme de dépendance s'installe entre sa mère et lui. Mais ce stade constitue un prémice essentiel dans le processus de séparation et d'individuation. Cependant il peut perdurer et devenir pathologique, c'est le cas de Léo. L'addiction à l'alcool caractérise une des dépendances chez l'adulte. M. Marchand et M. Durant se trouvent dans cette situation. Voici trois patients que tout semble opposer et pourtant ce mémoire tente de les rapprocher. A travers l'apport de la psychomotricité, je vais tenter de mettre en lien des hypothèses concernant chacun d'entre eux et je me questionne sur le rôle du psychomotricien.

Mots-clés : séparation/individuation, dépendance, addiction, attachement, étayage

Abstract

Dependence is often presented under different shapes and implies lots of problems. In child's development, a sort of dependence seems to appear between him and his mother. But this stage is like a necessary sign in the separation and individuation's process. However, if it continues it may become pathological, as for Léo's situation. The addiction to alcohol characterizes one of adult's dependences. M. Marchand and M. Durant are in this situation. So these are three patients for who all seem to bring into opposition but in this essay I try to combine them. Through psychomotricity's inputs, I will attempt to make the connection between each of them and I wonder about the psychomotrician's role.

Key-words: separation/individuation, dependence, addiction, attachment, propping up