

“ La flamme ici, c’est nous. ” (Paroles d’une résident
d’une Communauté thérapeutique). Intérêts et limites
du groupe thérapeutique en psychomotricité pour le
sujet toxicomane

Margot Jouannic

► To cite this version:

Margot Jouannic. “ La flamme ici, c’est nous. ” (Paroles d’une résident d’une Communauté thérapeutique). Intérêts et limites du groupe thérapeutique en psychomotricité pour le sujet toxicomane. Psychologie. 2018. dumas-01835790

HAL Id: dumas-01835790

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835790>

Submitted on 11 Jul 2018

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« La flamme ici, c'est nous »

(Paroles d'un résident d'une Communauté Thérapeutique)

**Intérêts et Limites du groupe thérapeutique
en psychomotricité pour le sujet toxicomane**

JOUANNIC Margot

Née le 25 avril 1996 à Bordeaux

Directrice de Mémoire : PETIET Emmanuelle

Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier sincèrement Audrey MIOSSEC, ma maître de stage, pour m'avoir beaucoup appris, pour son enthousiasme, pour m'avoir accompagnée, aiguillée et suivie dans ma pratique et ma réflexion clinique.

Je remercie chaleureusement Emmanuelle PETIET, ma directrice de mémoire, pour ses précieux conseils, son soutien, pour m'avoir aidée et encouragée dans l'élaboration de mon écrit.

Je voudrais également remercier les équipes des deux structures de soins spécialisées en addictologie, pour leur accueil, leur disponibilité et leur confiance.

J'ai également une pensée pour tous les résidents des centres de soins que j'ai rencontrés, qui ont accepté de partager leurs expériences et m'ont permis de travailler avec eux.

Je tiens également remercier mes autres maîtres de stage psychomotriciennes, qui ont partagé avec moi leurs précieux savoirs, qui m'ont transmis la passion de cette profession et qui ont participé au développement de ma pratique.

Enfin, merci à ma famille, mes amis, tous ceux et celles qui m'ont soutenu de près ou de loin durant ces trois années de formation.

AVANT-PROPOS

POUR UNE POUDRE BLANCHE

*Ta vie tu as vendue
En condamnant ton corps,
pour une poudre blanche
Tu maudis ta destinée.
Tu as choisi le chemin
Qui ne revient pas en arrière,
Toute ta paix tu as jeté
Pour cette goutte d'oubli
Avec laquelle tu descends
Plus bas chaque moment !
Si tu l' observes mourir,
Ta vie brûlée par l'utopie,
C'est que tu veux en finir
Par la peur ou pour l'ennui.
Mais cette poudre blanche
Qui te semble un Paradis
Leurre et brûle ton corps
Et détruit toute ta vie !*

KALYCE.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I ADDICTION ET IDENTITÉ	8
1 Le phénomène complexe d'addiction.....	8
2 Le sujet toxicomane et son identité.....	23
II DU GROUPE DE CONSOMMATION AU GROUPE THÉRAPEUTIQUE	35
1 Généralités.....	35
2 Les processus groupaux.....	38
3 Le groupe en addiction.....	41
III LE GROUPE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS DE SUJETS POLY-TOXICOMANES	54
1 La notion de groupe en psychomotricité.....	55
2 Place et rôle de la psychomotricité au sein du CSAPA.....	56
3 Le groupe de l'atelier de médiation cheval.....	61
4 Antoine et son évolution à travers l'atelier cheval.....	73
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87
TABLE DES MATIÈRES	90

INTRODUCTION

Dans la société actuelle, l'addiction est un problème de santé publique majeur. Elle regroupe différents types de dépendances, avec et sans substances. Les consommations de produits nocifs, licites ou illicites tels que l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy... sont de plus en plus « banalisées ». En effet, nous avons tous été confrontés, de près ou de loin, à des individus ayant déjà eu recours à certaines substances. J'ai moi-même été témoin de certains groupes de camarades au lycée qui très tôt commençaient à consommer. Et pour cause, ces substances sont de plus en plus accessibles. Il est très facile de se les procurer. Ainsi, la consommation chez les jeunes, notamment à l'adolescence, est en augmentation. La frontière entre l'abus récréatif et la dépendance est devenue assez mince.

Beaucoup de courants ont tenté de définir et d'expliquer les possibles étiologies de la toxicomanie, ainsi que les troubles provoqués par celle-ci. Il s'agit d'un phénomène extrêmement complexe car le sujet est affecté dans son intégralité, à tous les niveaux (affectif, somatique, socio-professionnel, intellectuel, psychique...).

Il me semble donc important, dans un premier temps, de définir et différencier les termes utilisés : « addiction », « toxicomanie » et « dépendance ». Ceci permettra d'avoir une base sur laquelle s'appuyer afin de comprendre ce qui est en jeu dans cette problématique.

Il n'existe pas une réponse ou solution unique à la problématique addictive. Celle-ci fait intervenir de nombreux champs de compétence (médecine, psychologie, psychiatrie, biologie, sociologie). De ce fait, elle ne peut pas être abordée de façon unilatérale. Sa prise en charge doit intégrer et tenir compte de cette complexité. Le sujet n'est pas considéré uniquement dans son rapport au produit, mais au cœur d'un environnement complexe. Le sujet est considéré dans son intégralité. Il est touché dans tout son être.

Lors de mon stage, je me suis familiarisée avec cette population présentant souvent des poly-toxicomanies (dépendance à plusieurs produits) faisant partie intégrante de leur existence. La substance addictive occupe une place importante dans leur vie, elle est au centre de leurs préoccupations. Celle-ci les a accompagnés pendant de nombreuses années. Leur corps est marqué par les années de consommation et par leur histoire de toxicomane (marques de piqûres, peau abîmée, tatouages, piercing, traces de violences, dépendance physique). Ils se définissent parfois eux-mêmes comme des « toxicomanes ». Je me suis alors questionnée sur leur identité. Considérant ces différents aspects il semble que l'addiction fait partie de leur identité.

Par ailleurs, durant mon stage j'ai été plongée dans différents groupes. J'ai noté l'importance du groupe dans la vie de ces sujets. Ils sont pour la majorité passés par des groupes de consommation et viennent intégrer ces structures en s'inscrivant dans une vie de groupe (Centre Thérapeutique Résidentiel) ou au sein d'une communauté (Communauté Thérapeutique). Ils ont également de nombreux temps en groupe dans leur quotidien : des réunions, des ateliers éducatifs, thérapeutiques et sportifs.

Parallèlement, le groupe est essentiel pour la construction identitaire de l'homme. Et l'identité du sujet dit « addicté » est affectée, remaniée par la présence de cette substance psycho-active dans sa vie. Je me suis donc intéressée aux groupes et à ce qu'ils viennent mettre en jeu chez les sujets toxicomanes, ce qu'ils stimulent, provoquent, sollicitent. J'ai constaté un lien fort entre l'évolution du sujet au sein de ces différents groupes et son identité.

La psychomotricité tient une place importante dans ces structures en s'intégrant dans un soin pluridisciplinaire. Le sujet souffre d'atteintes somatiques et psychiques complexes, la problématique addictive étant au carrefour entre le corps et la psyché. La psychomotricité aborde donc le sujet dans sa globalité, en passant par la médiation corporelle.

Prenant en compte cette prise en charge groupale et cet abord de l'identité du sujet, je me suis posée la question suivante :

Le groupe thérapeutique en psychomotricité peut-il participer à renforcer l'identité du sujet toxicomane ?

Selon ARISTOTE « *l'homme est un être social ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables* ». L'homme ne peut donc pas évoluer seul, il est nécessairement membre d'une société, d'une communauté, d'un groupe. Ainsi, quel intérêt peut avoir le groupe auprès des sujets souffrant d'addiction ? Quels peuvent-être les objectifs thérapeutiques de ce groupe ? Comment la psychomotricité peut guider le sujet vers une prise de conscience corporelle ? Comment le sujet peut-il prendre place dans ce groupe de façon à avoir le sentiment d'être soi, parmi les autres ?

Pour tenter de répondre à ces questions, je vais dans un premier temps aborder la problématique complexe de l'addiction, en m'appuyant sur les différents mécanismes mis en jeu et en m'intéressant à différents modèles explicatifs. La toxicomanie entraînant de nombreux changements tant corporels que psychiques, l'identité du sujet s'en trouve affectée. Je vais donc m'intéresser ensuite à l'identité du sujet toxicomane. Ce dernier est touché dans son être, dans son rapport à l'autre et à son environnement.

Je me pencherai donc dans un deuxième temps sur les différents groupes auxquels se lie le sujet au cours de sa vie et les processus mis en jeu dans ces groupes (groupe de pairs, groupe de consommation, groupes des structures de soins, groupe thérapeutique).

Enfin, je focaliserai plus spécialement mon analyse sur le groupe thérapeutique en psychomotricité. J'exposerai la place et le rôle de la psychomotricité au sein d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Les sujets ont de nombreux temps de parole et de verbalisation dans leur quotidien au sein de la structure. Les temps de psychomotricité autour de la médiation corporelle vont permettre aux résidents de prêter attention à leur corps, de se le réapproprier. Ils peuvent se concentrer sur leurs sensations et travailler notamment sur la gestion de leurs émotions, sur la question des limites corporelles, sur l'estime de soi et la confiance en soi, en lien avec un sentiment de sécurité interne. Pour expliquer cela, j'aborderai la médiation « cheval », atelier de groupe au sein duquel la psychomotricité amène le résident à vivre des émotions à travers la relation à l'animal. J'illustrerai mes propos à l'aide du cas clinique d'Antoine, résident que j'ai rencontré au sein du CSAPA résidentiel.

I ADDICTION ET IDENTITÉ

1 Le phénomène complexe d'addiction

1.1 Définition, étymologie

En France nous utilisons d'abord le terme de *toxicomanies*. Ce terme provient du grec *toxikon* qui signifie « poison », et *mania*, qui signifie « folie ». Dans le dictionnaire Le Robert – Dixel de 2011 le terme de toxicomanie est défini par l' « *État d'intoxication engendré par la prise répétée de substances toxiques (drogues, stupéfiants), créant un état de dépendance psychique et physique.* » Mais ce terme de *toxicomanie* ne désigne que les produits illicites. Or, il peut être considéré au sens large, comme désignant des produits licites tels que l'alcool, le tabac ou les médicaments, et comme désignant des addictions sans substance telles que le jeu, la nourriture, le sexe, le travail, le sport... C'est donc l'usage que le sujet en fait qui va les rendre toxiques. Et la toxicité de ces drogues va dépendre de différents facteurs : l'environnement du sujet, les circonstances de prise de drogue, de l'état physique, psychique du sujet, de sa sphère sociale.

Ce terme est donc controversé et nous voyons une évolution dans l'utilisation des termes en France. En 1950, le terme de *dépendance* apparaît comme synonyme de toxicomanie. Voici la définition de *dépendance* selon le dictionnaire du Petit Larousse :

1. Rapport de liaison étroite entre quelque chose et ce qui le conditionne, le régit.
2. État de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui ; sujétion, subordination.
3. État, situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise.
4. Assujettissement à une drogue, à une substance toxicomanogène, se manifestant lors de la suppression de cette dernière par un ensemble de troubles physiques et/ou psychiques.

Ces différentes définitions présentent un point commun : la notion de soumission, d'assujettissement qui retire ou limite la liberté et l'autonomie du sujet.

En 1964, l'OMS recommande la substitution du terme *toxicomanie* par l'expression « dépendance à l'égard des drogues », puis en 1969 par le terme « pharmacodépendance ». Ce dernier est défini par l'OMS selon les critères suivants :

- Un besoin impérieux de consommer une (ou plusieurs) substance(s) toxique(s) ;

- Une dépendance physique ou psychique à l'égard de celle(s)-ci avec une tendance à augmenter les doses ;
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne du sujet.

Le dernier terme convenant finalement le mieux, retenu en France est celui *d'addiction*, qui provient d'une étymologie latine : *ad-dicere* qui signifie « dire à ». C'est dans la civilisation romaine que les esclaves ne portaient pas de nom propre et étaient « dits à » leur « *pater familias* » (l'homme de plus haut rang dans une maisonnée romaine). Ce terme exprime alors l'absence d'indépendance et de liberté, donc illustre effectivement l'esclavage. Cette signification rejoint les notions de la définition de dépendance du Petit Larousse.

Ce terme *d'addiction* est emprunté à la terminologie nosologique anglo-saxonne et son étymologie du bas latin vient du terme *addictus* qui signifie « adonné à ». Ce terme était utilisé en droit romain pour désigner la situation du débiteur qui était dans l'incapacité de payer ses dettes, et qui se trouvait ainsi « adonné » à son créancier. Celui-ci pouvait alors disposer entièrement de sa personne, comme d'un esclave. Nous pouvons dire qu'il s'agit d'une « contrainte par corps ».

Nous trouvons ici la notions d'une économie psychique liée à cette contrainte par le corps. Dans la problématique addictive, le sujet va adopter des conduites extérieures qui vont avoir pour but de soulager ce corps. C'est par le corps que cette problématique se traite. En voulant et en croyant se faire du bien, se soulager, le sujet se fait du mal. Selon J. McDOUGALL « *la solution addictive est une tentative d'autoguérison devant des états psychiques menaçants* ». Elle parle d' « **acte-symptôme** » qui traduirait un court-circuit de la pensée, en amenant un objet extérieur, qui vient du dehors, pour répondre à un malaise intérieur. Or, rien n'est réglé car le sujet doit recommencer cette expérience, une répétition morbide s'installe, nous assistons à un total asservissement du corps. Cet « acte-symptôme » en court-circuitant la pensée vient prendre la place de l'élaboration mentale en ayant pour but de décharger les tensions, internes ou externes. Le sujet est donc dans une économie du psychisme.

C'est ainsi J. McDOUGALL qui a permis l'introduction du terme *addiction* en France. Elle justifie sa préférence pour l'utilisation du terme *addiction* en expliquant que ce dernier est plus parlant étymologiquement que son équivalent en français : *toxicomanie* car il renvoie à la notion d'esclavage, qui dans ce phénomène addictif est une lutte inégale du sujet avec une partie de lui-même. La toxicomanie indique elle, un désir de s'empoisonner, de se faire du

mal. Or ce désir n'est pas, à l'origine, la volonté du sujet dit *toxicomane*, au contraire, le sujet cherche un soulagement, cherche à se faire du bien.

1.2 Problème actuel de santé publique

L'addiction pose de nos jours un problème de santé publique en France, mais aussi à l'échelle européenne et internationale. Les impacts sont multiples : sanitaires, sociaux et médicaux. Un plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a notamment été mis en place entre 2013 et 2017 (après un premier plan addictions en 2007-2011). La notion de conduite addictive ne concerne pas seulement la consommation de produits (substances psychoactives : alcool, tabac et drogues), elle concerne également des addictions comportementales, sans substances comme le jeu pathologique, les achats compulsifs, voire même le sport ou le travail. Il est alors important de comprendre l'importance du choix des termes utilisés pour parler de ces problématiques, comme expliqué précédemment. En effet, ces conduites addictives comportementales font partie intégrante de ce problème de santé publique aujourd'hui.

J'ai choisi pour ce mémoire de ne m'intéresser qu'aux addictions avec substances : ce sont celles que j'ai rencontrées essentiellement durant mon stage.

1.2.1 Risques sanitaires et sociaux

La consommation régulière de ces produits peut avoir de lourdes conséquences sur la vie du sujet, sur ses activités et sur ses relations. L'usage de certaines de ces substances présente des risques à court terme ou à long terme concernant la santé physique et mentale du sujet, ses attitudes négatives et leurs conséquences sur l'environnement social, familial, professionnel et scolaire.

Il existe des risques liés à différents facteurs, tels que :

- Les risques associés à la **précocité de la consommation** des substances psychoactives : plus la première consommation est à un âge précoce, plus le risque que celle-ci devienne problématique augmente (quel que soit le produit) ;

- Les risques associés au **sevrage**, selon le type de substance. Le sevrage entraînant un état psychologique et physique de manque fait apparaître un ensemble de symptômes qui

durent environ d'une semaine à dix jours ;

- Les risques associés au **mode d'administration** qui dépend de la substance, de sa présentation, des conditions dans lesquelles le sujet se trouve. Cela produit des effets différents aussi selon les connaissances du produit du sujet qui consomme, et selon ses besoins et envies.

- Les risques associés à la **quantité** de produit ingérée. En plus des conséquences sur la santé du sujet de ces prises en quantités de plus en plus importantes, cela a des répercussions sur l'environnement du sujet, qui adopte des comportements devenant des conduites à risques importantes (comportements dangereux, recherche de sensations, non conscience du danger...);

- Les risques associés à la **fréquence de consommation** des produits ;

- Les risques **d'évolution de la consommation récréative ou expérimentale en une consommation auto-thérapeutique ou addictive**. Progressivement, la substance prend de plus en plus d'importance dans la vie du sujet. Ce dernier peut passer de produits peu toxiques à certains plus toxiques, il est susceptible de passer d'un environnement stable à un environnement moins stable, qui favorise son isolement. La structure de sa personnalité peut en être affectée et devenir rigide, à tel point qu'il ne peut se centrer désormais que sur le produit en cherchant du plaisir et des sensations immédiates. Ceci conduit le sujet à une démotivation qui va mettre en péril son avenir.

1.2.2 Les différents effets des substances

Une des raisons pour laquelle les sujets consomment des substances psychoactives est l'effet instantané qu'elles ont sur leur humeur, leurs perceptions et leurs conduites. En effet, ces substances agissent sur le système nerveux central et affectent les fonctionnements comportementaux, intellectuels et émotionnels du sujet. Ces effets sont variables selon les substances consommées, leurs quantités, la fréquence des prises, ainsi que la durée des consommations. Ils peuvent aussi différer selon des facteurs individuels et environnementaux. Les sujets souffrant d'addiction ne recherchent pas tous les mêmes effets dans leurs consommations. Il existe différents effets produits, selon la substance ingérée :

- **Les excitants** : il s'agit des drogues provoquant une excitation, stimulant l'esprit et les

pensées, à savoir les amphétamines, le crack, ou encore la cocaïne. Il est possible de retrouver aussi dans cette classe les médicaments coupe-faim, les anorexigènes, le thé et le café et certains anti-dépresseurs.

- **Les euphorisants** : ils concernent les drogues procurant un sentiment de plaisir, de paix intérieure. Les principes actifs sont la morphine (l'héroïne étant un dérivé semi-synthétique de la morphine) et la codéine. On retrouve parmi ces drogues l'opium et ses dérivés synthétiques et semi-synthétiques. On y trouve également des médicaments analgésiques.
- **Les hallucinogènes** : ces drogues modifient les perceptions visuelles, auditives et corporelles. Elles provoquent un état proche du rêve et des hallucinations. Il s'agit de psychodysléptiques, comprenant des substances naturelles ou synthétiques (LSD, kétamine, MDMA, mescaline, sauge divinatoire).
- **Les somnifères et enivrants** : il s'agit des drogues provoquant le sommeil, un état somnolant ou un état d'ivresse, à savoir l'alcool, les somnifères, les barbituriques, l'éther et les solvants volatiles.

Il faut garder à l'esprit que ces classes ne sont pas étanches. En effet, certaines substances comme le cannabis ou l'ecstasy n'ont pas été citées. Elles présentent les caractéristiques de plusieurs catégories à la fois, il est donc difficile de les classer.

1.2.3 Les différents usages : usage simple, usage nocif (ou abus), dépendance

Le DSM-V fait la distinction entre l'usage, l'abus et la dépendance. Cette distinction est valable pour toutes les substances, même les plus puissantes. Nous trouvons bien sur des variations, selon si les substances sont à haut potentiel addictif, et/ou à fort impact sur le psychisme. Il existe une grande diversité dans l'utilisation de produits et dans les comportements répétitifs de consommation. Par exemple, il est possible de consommer de façon excessive voire abusive de l'alcool, sans pour autant être dépendant. Malgré la variation observée liée aux propriétés spécifiques de chaque substance, la classification des comportements d'addiction ne repose pas sur leurs propriétés chimiques. Il est question du comportement du sujet dans l'usage du produit.

L'usage simple ou **récréatif** est le fait de consommer sans danger pour la santé. Tous les usages ne sont pas pathologiques. Ces usages occasionnels entraînent ni dommage ni complication. Il a été démontré que, quelle que soit les substances et même les plus puissantes, très peu de consommateurs « expérimentateurs » deviennent dépendants ou présentent des complications suite à un usage problématique (VALLEUR, MATYSIAK).

Quelle que soit la substance, il existe un risque indéniable à consommer de façon régulière, en quantité élevée, et dans des circonstances particulières. Il est alors question de savoir repérer les usages à risques. Ces derniers sont d'autant plus difficiles à identifier étant donné qu'il ne suffit pas de considérer seulement la substance consommée et en quelle quantité. En effet, la situation personnelle, la constitution biologique de la personne, sa vulnérabilité et les circonstances de consommation entrent en jeu et ont un impact majeur.

Un **usage nocif** (ou **abus**) reste, théoriquement, longtemps réversible car le consommateur peut totalement arrêter ou au moins réduire ses consommations, seul ou avec de l'aide. Mais des conséquences négatives sont à noter dans cette utilisation abusive d'une ou de plusieurs substances : il y a des dommages au niveau psychique et somatique, cliniquement significatives. L'abus peut entraîner de la souffrance, ainsi que des conséquences sociales négatives. « *L'abus de substances psychoactives est caractérisée par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux.* » (OMS, 1992).

La **dépendance**, elle, est caractérisée par une envie irrésistible, un désir impérieux de consommer, que l'on appelle le « **craving** ». Il s'agit de « *l'état soudain de besoin "impérieux" de re-consommation* ». Cela pousse le sujet à la recherche compulsive de son produit addictif. Le consommateur dépendant est incapable de gérer correctement sa consommation, et ses tentatives et efforts pour arrêter sont vains. « *La définition médicale de la dépendance est celle d'un état résultant de l'interaction entre un être vivant et une substance psychoactive caractérisée par une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin de ressentir ses effets psychiques.* » (Aide-mémoire d'Addictologie, 2015).

Il n'y a donc pas de frontière définie entre usage simple, usage à risques, abus et dépendance. Il s'agit d'un **continuum**. Tous les usagers ne suivent pas cette pente dangereuse.

1.3 Modèles explicatifs

1.3.1 Modèle neurobiologique

1.3.1.a Système dopaminergique

Pour mieux comprendre les mécanismes mis en jeu dans l'addiction, il est intéressant d'aborder spécifiquement la neurophysiologie de la motivation et du plaisir, qui fait intervenir la dopamine et des systèmes dopaminergiques. Ces systèmes sont impliqués dans le circuit de la récompense. Le modèle dopaminergique permet de décrire les différentes étapes et les mécanismes de l'addiction.

La dopamine est une molécule qui intervient dans le principe de plaisir, d'envie, de motivation, de création, de découverte. Elle est mis en jeu dans le désir qu'un sujet ressent de faire une action et le plaisir qu'il éprouve à la faire. Elle est essentielle à notre élan vital.

Les plaisirs naturels sont des modulateurs de la sécrétion de dopamine, par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques d'inter-neurones inhibiteurs ou stimulants. Ces plaisirs stimulent des récepteurs différents selon leur nature. La sécrétion dopaminergique est aussi modulée de façon significative par les récepteurs corticotropes. Ainsi des situations de stress ou des situations affectives interviennent dans la modulation de notre plaisir, ou plus généralement de notre bien-être, puisqu'elles sont de forts stimulants de cet axe corticotrope (et ainsi de la sécrétion de corticoïdes).

Les substances psychoactives ou « drogues » sont, elles, des modulateurs artificiels de cette sécrétion et donc du débit dopaminergique. En effet, malgré les variations du mode d'action suivant les substances, ces dernières ont une action commune : elles augmentent le débit de dopamine dans le système de récompense et de plaisir en agissant sur tous les circuits dopaminergiques. Elles entraînent donc une très forte concentration de dopamine. Cette augmentation du débit de dopamine est très rapide et envahissante. Lors d'un plaisir naturel ce phénomène ne dure que quelques millisecondes, tandis qu'une substance psychoactive agit plus d'une heure. Le cas le plus intense de plaisir naturel est l'orgasme et celui-ci ne dure que quelques minutes.

N. VOLKOW et son équipe ont pu mettre en évidence que plus le produit addictif est stimulant sur ce système dopaminergique, plus il induit une dépendance. Il y a un phénomène d'adaptation du cerveau mis en jeu dans la dépendance que l'on appelle « **l'allostasie** ». Celle-ci correspond au maintien de la stabilité de la fonction de récompense, grâce à des

changements dans les circuits de récompense du cerveau. Selon GF. KOOB et M. LE MOAL, « *L'idée que la toxicomanie est la pathologie qui résulte d'un mécanisme allostatique utilisant les circuits établis pour les récompenses naturelles fournit une approche réaliste pour identifier les facteurs neurobiologiques qui produisent la vulnérabilité à la dépendance et à la rechute* ». Cet état allostatique est caractérisé par la tolérance au produit, l'adaptation à des doses importantes et à des signes de sevrage lors d'arrêt de la consommation. C'est ainsi ce qui définit la notion de dépendance.

1.3.1.b Effet biologique

Le mécanisme de l'addiction est le fruit de processus enclenchés dans la prise de produits ou dans certains comportements compulsifs. Deux lois permettent de mieux comprendre ces processus : la loi de sensibilisation et la loi de récupération.

La loi de sensibilisation :

Toute consommation de produits psychoactifs déclenche un effet, mais celui-ci ne se résume pas au plaisir procuré par le système dopaminergique décrit précédemment. Trois phénomènes s'ajoutent à cette sensation de satisfaction et de plaisir.

Tout d'abord une augmentation des effets est observable au fur et à mesure que le sujet répète ses conduites de consommation. Ceci est appelé le « **renforcement positif** ». Le deuxième phénomène est celui d'une **élévation progressive du seuil de satisfaction** au fil des consommations. Ces deux phénomènes amènent ainsi le sujet à consommer de plus en plus fréquemment, en des quantités de plus en plus importantes. Le troisième phénomène est le fait que le sujet mémorise les éléments du milieu et des circonstances de la prise de drogue. Ainsi **l'expérience de la consommation est inscrite dans la mémoire** du sujet.

Ces trois phénomènes amenant un besoin croissant de consommer peuvent mener à des crises où le sujet n'est plus capable de se contrôler et ressent un besoin irrépressible de consommer, le « craving », comme expliqué plus avant.

Cette sensibilisation est différente et s'exprime à différents degrés pour chaque individu. Elle dépend fortement de son contexte de vie. Ce n'est pas un mécanisme biologique indépendant, il faut l'articuler avec le contexte psycho-social. L'individu est fragile quant à la tentation de re-consommer, même après une longue période d'abstinence. Ceci est favorisé par des « déclencheurs », décrits selon cette loi de sensibilisation (contexte, lieu, émotions...).

La loi de récupération :

Il s'agit d'un phénomène inévitable de l'organisme. Cette récupération est le mécanisme de l'organisme qui cherche à retrouver un état d'équilibre interne, c'est-à-dire rétablir l'**homéostasie**. Ce phénomène est vital. Le mécanisme de récupération suit la suractivité de l'organisme provoquée par l'effet du produit. Il sert à retrouver un état « normal » non perturbé du corps.

Or cette boucle que l'on pourrait qualifier d'effet/contre-effet est proportionnelle à la cinétique et l'intensité de l'expérience. Nous comprenons donc que plus l'expérience est forte, plus cette récupération demande du temps, que ce soit au niveau physique ou au niveau psychologique.

Ce mécanisme, aussi appelé « dépendance physique », est caractérisé par des manifestations, différentes selon chaque individu : les conséquences de tolérance, dont la sensation de manque (brève au début, puis s'intensifie avec la répétition de prises), des manifestations physiques et psychiques (maux de tête, fatigue extrême, déprime, sensation de mal-être interne...). Il favorise la recherche de moyens d'éviter à tout prix cette souffrance physique et psychique, par le renouvellement rapide de la consommation supprimant ou réduisant fortement cette phase de récupération essentielle pour retrouver l'homéostasie.

Si l'expérience de consommation est renouvelée trop vite elle survient avant la fin du processus de récupération, elle aura un effet moindre nécessitant cependant une récupération plus importante. Le sujet cherchera donc à augmenter l'intensité de ces expériences et de ce fait réduira l'intervalle de temps entre chaque prise. Chaque nouvelle consommation nécessitera une récupération plus importante que la précédente, car induira des contre-effets toujours plus intenses, plus longs, que le sujet tentera de stopper en re-consommant, ce qui aggravera encore le déficit de récupération etc. Nous voyons apparaître un cercle vicieux.

Du fait de ces deux lois de sensibilisation et de récupération, un phénomène appelé de « **double pente** » est fréquent et normal dans le processus addictif. Cette « double pente » se traduit d'une part par la mémorisation biologique de l'expérience de plaisir et l'augmentation du seuil de satisfaction, et d'autre part par la difficulté voire l'incapacité à trouver (ou retrouver) du plaisir menant à une intensification du recours au produit, notamment par une augmentation de la fréquence de consommation. Encore une fois cette pente n'est pas aussi forte chez tous les sujets et dépend du contexte bio-psycho-social.

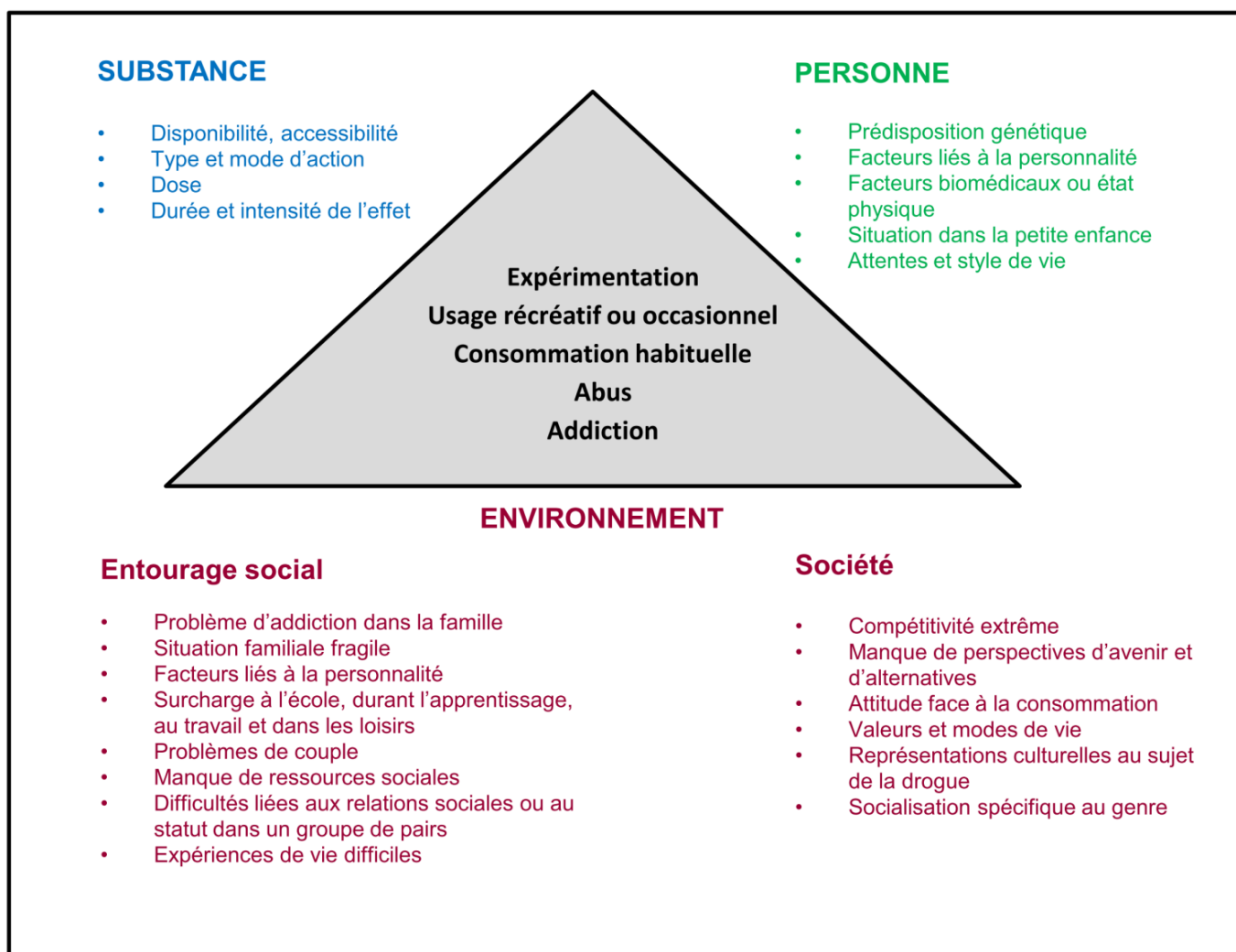
1.3.2 Modèle bio-psycho-social

Il s'agit d'une approche multidimensionnelle des conduites addictives comme l'alcoolodépendance ou la toxicomanie. Cela permet de cibler les points communs entre ces conduites et les rassembler dans un ensemble très large des addictions. Différents déterminants entrent donc en jeu, tenant à l'individu lui-même (ses conditions psychologiques, sociales et biologiques), à la substance ainsi qu'au contexte.

L'addiction est donc un phénomène qui fait intervenir des mécanismes complexes relevant de sphères différentes :

- **Des mécanismes neurobiologiques** (abordés précédemment) montrés dans de nombreux travaux, qui décrivent le rôle de « leures pharmacologiques » que jouent les substances psychoactives dans des systèmes de neuromédiation des circuits concernés par l'addiction (plaisir, souffrance...).
- **Des mécanismes psychologiques** : le lien entre l'addiction et les modalités précoces d'attachement, le lien entre l'addiction et la dépression chez l'adolescent, la recherche de sensation, l'évitement, l'impulsivité, la transgression... il existe beaucoup d'explications possibles.
- **Des mécanismes sociaux** : le contexte social et sociétal peuvent participer au processus de dépendance, comme la facilité d'accès aux substances, les déclencheurs de satisfaction, les conditions particulières de l'expérience de consommation. Ces mécanismes sociaux « *établissent un cadre qui fournit le système d'interprétation du monde, influencent le sens de l'expérience d'usage et participent à la maîtrise, à l'augmentation ou à l'arrêt des usages en lien avec la perception du risque, valorisé, estompé ou dénié* » (Aide-mémoire d'Addictologie, 2015).

Schéma récapitulatif :



Modèle bio-psycho-social des causes de l'addiction, selon Sting & Blum, 2003

La psychomotricité prend alors sens dans la prise en charge des problématiques addictives, tenant compte du sujet dans sa globalité, avec ses sphères biologique, psychologique, relationnelle et environnementale.

1.3.3 Relations précoces et théorie de l'attachement

1.3.3.a Les relations précoces dans le développement psychoaffectif de l'enfant

Le nourrisson naît noéténique. C'est-à-dire que le bébé humain est dans une **dépendance absolue** des objets maternant. Sa survie dépend de son environnement et des soins qui lui sont prodigués. Il est tributaire des soins maternels. Le nourrisson a des besoins

physiologiques vitaux. Mais certains auteurs ont montré que les seuls soins répondant à ces besoins physiologiques ne suffisent pas à assurer le bon développement de l'enfant. En effet, l'enfant a besoin de soutien, d'étayage et de contenance psychique, dans les interactions précoces. Selon D. W. WINNICOTT « *Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation* ».

Le bébé a besoin d'interaction, de lien social pour se construire en tant que sujet. L'absence d'interaction et de stimulation entraîne de gros risques de repli relationnel, voire de troubles du développement psychomoteur. R. SPITZ est l'auteur de la théorie de « **l'hospitalisme** ». Il la définit comme l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère, survenant chez le jeune enfant placé en institution dans les 18 premiers mois de vie. Si cette séparation est prolongée ou totale, dans le pire des cas, le pronostic vital de l'enfant peut être engagé. Ces besoins affectifs et relationnels sont donc des besoins primaires et corporels.

WINNICOTT rejoint cette idée en parlant de « holding » et « handling », notions selon lesquelles l'environnement est indispensable pour la maturation du Moi de l'enfant :

- **Le Holding** correspond au maintien, au soutien de l'enfant, au sens physique et psychique. Il s'agit de la façon dont il est traité, mobilisé, la façon dont on lui apporte des soins. Cela inclut la manière dont la mère est avec lui, la qualité de la communication dans le portage. Concrètement il s'agit du regard, du portage, du toucher, des paroles, des caresses. Cela correspond au « dialogue tonico-émotionnel » (notion décrite par J. DE AJURIAGUERRA, s'étant lui-même inspiré de la notion de « dialogue tonique » de H. WALLON) avec une sensation de contenance.
- **Le Handling** correspond aux soins, aux manipulations de l'enfant dans la toilette, l'habillage, les échanges cutanés. Il s'agit de la manière de soigner, au sens physique. Cela concourt à l'installation de la psyché dans le soma.

Par ailleurs, WINNICOTT distingue trois phases dans l'évolution de la relation mère-enfant et de cette dépendance. Tout d'abord durant les cinq premiers mois de vie le bébé est, comme nous l'avons dit précédemment, dans une **dépendance absolue** vis-à-vis de la mère. Sa survie dépend des soins maternels. Ensuite, entre le sixième mois et la fin de la première année l'enfant entre dans une phase de **dépendance relative**. Il commence à se détacher progressivement de l'objet maternant pour commencer à découvrir le monde qui l'entoure et faire ses propres expérimentations. Enfin, WINNICOTT parle d'une **phase d'indépendance** au début de la deuxième année à partir de laquelle l'enfant est capable de jouer seul, loin du

regard de la mère.

La dépendance fait donc bien partie du début de la vie de chaque individu en devenir. Sans elle nous ne pourrions pas survivre. Mais comme l'explique WINNICOTT il est nécessaire pour l'enfant de se détacher des soins parentaux et devenir plus autonome afin de se construire. Cette évolution ne peut se faire qu'en prenant appui sur des bases de sécurité apportées par les relations précoces. Selon J. BOWLBY l'enfant éprouve un besoin vital ou primaire qu'il nomme **d'attachement**. Plusieurs personnes de l'entourage de l'enfant peuvent répondre à ce besoin. Ces figures d'attachement sont essentielles à l'épanouissement du bébé. Ainsi, le petit humain a certes besoin de manger et dormir, mais il a aussi besoin d'avoir quelqu'un à ses côtés pour prendre soin de lui et être en interaction avec lui. Les comportements d'attachement du bébé sont selon BOWLBY un moyen d'induire et de maintenir la proximité et le contact avec l'objet maternant. Il s'agit d'une conduite innée qui se met en place au cours de la première année de vie et assure une **base de sécurité**. Ces conduites du bébé provoquent chez la mère un rapprochement et vont avoir pour fonction de maintenir l'attention de la mère. Il s'agit d'une réelle interaction et interrelation. BOWLBY parle de plusieurs fonctions que présentent ces comportements d'attachement :

- **Une fonction de protection** assurée par l'adulte qui apporte une sécurité de base et protège l'enfant contre toute agression.
- **Une fonction de socialisation** qui permet à l'enfant, grâce à un attachement assez sûr, de créer des liens avec autrui. Cet attachement peut se diriger vers plusieurs objets d'attachement, et au fur et à mesure du développement, l'enfant va enrichir et élargir ces liens à la famille, aux proches, aux étrangers, puis à des groupes de plus en plus larges. Plus cette relation d'attachement avec la mère est solide et sûre, plus elle le sera avec les autres.

Progressivement la mère doit accepter de ne pas avoir un droit omnipotent sur son enfant et de ne pas être sa seule figure d'attachement. En effet, il est nécessaire qu'il y ait un « détachement » entre la mère et son enfant pour que ce dernier puisse se tourner vers son environnement et les autres. Ce détachement se fait de façon très progressive, conjointement à cette relation d'attachement qui évolue. Il faut l'intervention d'un **tiers** pour que l'enfant puisse se séparer et se différencier. C'est entre autre le **père** qui peut tenir ce rôle indispensable de tiers permettant une **relation triangulaire**, sortant l'enfant de cette relation fusionnelle à la mère. Selon C. POTEL, « *Il serait dommageable pour l'enfant de penser qu'il lui suffirait d'avoir une bonne mère pour évoluer convenablement. (...) l'enfant a besoin d'un tiers*

paternel ». Il contribue donc à les séparer, mais il apporte également une autre figure d'attachement ainsi qu'un **support identificateur** supplémentaire. L'enfant n'est donc plus le seul objet de la mère, et la mère n'est plus la seule figure de référence et d'identification du bébé. Néanmoins, si la séparation se fait trop brutalement, et si le temps de séparation est trop long, l'enfant peut réellement se détacher de sa mère et avoir des difficultés à maintenir l'attachement avec elle. À l'inverse, si la figure paternelle est absente ou défaillante, cette séparation peut s'avérer plus difficile et on voit apparaître un risque de maintien de la relation fusionnelle qui peut être délétère pour le bébé.

La dépendance est inhérente à notre condition d'être humain. Nous restons toute notre vie au moins partiellement dépendants des autres. Mais cette dépendance est tributaire de la qualité des premiers soins dans les relations précoces et de cet attachement. Ils sont des pré-requis de **l'accès à l'autonomie** du sujet, autonomie qui consiste à s'affranchir progressivement de cette dépendance.

L'environnement tient donc un rôle très important dans le développement de l'enfant. Il aide à transformer ces états archaïques de façon à les rendre assimilables par le bébé. W. R. BION a développé une théorie de la pensée selon laquelle il y aurait différents niveaux de pensée, composés **d'éléments « alpha »** et **« bêta »**. Les éléments bêta sont des éléments bruts, des impressions sensorielles non assimilées, vécues par le bébé. Ce dernier, du fait de l'immaturité de son appareil psychique, ne peut contenir toute cette énergie brute. C'est donc la mère, grâce à la fonction alpha qui peut réguler les émotions de son enfant, et qui par sa « capacité de rêverie » peut penser ces sensations pour lui. Elle rend **pensables** et **assimilables** toutes ces sensations brutes pour le bébé, qui pourra les reprendre, secondairement.

En tant que psychomotricien, nous pouvons avoir ce rôle d'organisateur de la pensée, nous pouvons prêter notre appareil à penser à des patients qui sont encore dans l'incapacité de représentations et qui éprouvent des difficultés à organiser leurs pensées.

1.3.3.b De l'individuation à la dépendance aux substances

Nous venons de voir le processus d'attachement et de séparation progressive dans le développement « normal » de l'enfant. Il existe des théories selon lesquelles les sujets souffrant d'addiction présenteraient de grandes difficultés dans cette **séparation** et de ce fait,

dans leur processus **d'individuation**. En effet j'ai pu observer lors de mon stage beaucoup de patients relatant à travers leur histoire de vie des carences affectives, ainsi que des angoisses de séparation ou d'abandon.

Antoine, résident du centre de soins en addictologie, exprime le fait que sa mère « *ne pensait qu'à elle* », « *ne faisait pas attention à lui* ». Il relate que tout ce qu'elle entreprenait (les déménagements, son travail...), elle ne le faisait jamais pour lui ou en fonction de lui. Il ajoute avec douleur qu'« *elle ne m'encourage jamais* ».

Le sujet présente des failles dans sa construction identitaire du fait de ses difficultés d'individuation. Il se retrouve face à de grandes difficultés quant à son indépendance. Il peut alors se produire un déplacement de l'objet d'attachement primaire et de la dépendance à celui-ci (l'objet maternant souvent défaillant ainsi qu'un père souvent absent), à un objet toujours présent : le **produit**. Le sujet reste alors totalement dépendant au produit et peut difficilement vivre sans. L'addiction serait une stratégie pour ne pas avoir à éprouver la solitude qui ne serait pas vécue sereinement et qui serait source d'angoisses.

Par ailleurs, le sujet en consommant, cherche à se faire du bien, ou cherche un bien-être, car la substance offre un soulagement momentané des angoisses. Or sur le long terme, le sujet se fait du mal. J. MCDOUGALL dit en effet que « *Les personnes qui souffrent d'addiction n'ont pas le désir de s'empoisonner, mais celui de trouver quelque chose de bon, qui devient mauvais par la suite quelquefois, comme pour l'alcoolique. Mais c'est avant tout la recherche d'un état de calme que le sujet ne peut pas se donner à lui-même.* » Cela vient questionner la notion de « **prendre soin** ». Une hypothèse (parmi d'autres, laissant le champ à d'autres lectures de ce processus) est possible, selon laquelle la façon dont le sujet addict prend soin de lui-même ferait écho à la façon dont on a pris soin de lui pendant l'enfance et la façon dont il a ressenti et reçu ces soins. Si les objets parentaux n'ont pas suffisamment tenu ce rôle indispensable d'organisateur de la pensée pour que le sujet puisse l'intérioriser et transformer lui-même ses éprouvés en contenus de pensée, ce dernier se trouve dans une grande détresse quant à ses vécus, ses sensations et émotions. Si le sujet présente des traits abandonniques, une faille dans l'estime de soi et dans le narcissisme peut en découler. Le sujet désormais adulte souffre alors d'un manque de la présence de l'autre. Cela est en lien avec la possibilité d'un défaut d'intégration des objets internes, en l'occurrence ici, l'objet primaire. L'individu reste alors aux prises de ses éprouvés qu'il ne parvient pas à transformer, assimiler.

Il a des difficultés à faire des liens, à associer, à se représenter les choses. Il est dans l'incapacité de gérer cette énergie affective au niveau psychique. Il cherche alors une solution concrète, physique à sa souffrance psychique : la consommation.

Cette solution passant par le corps peut faire partie des procédés physiques que l'on appelle les « **procédés auto-calmants** ». Il s'agit de conduites motrices visant à apaiser, retrouver le calme. Il y a une surenchère de comportements moteurs. Le sujet investit des types de conduites qui relèvent de l'agir. Il peut s'agir de sports extrêmes, de comportements délinquants, d'addiction... Le principe de ces procédés est tel que le sujet, cherchant à s'apaiser par l'excès d'activités motrices va s'épuiser, et ne va jamais vraiment atteindre l'apaisement et le soulagement. Il est alors contraint de recommencer ces conduites encore et encore, jusqu'à mettre sa santé en péril. Au niveau pathologique, le sujet est dans la répétition irrépressible et compulsive, avec une surenchère de moyens.

Dans le cas de l'addiction le sujet va consommer le produit en des quantités de plus en plus importantes, avec des prises de plus en plus fréquentes. Il s'agit bien d'une répétition de consommation de manière irrépressible et compulsive.

2 Le sujet toxicomane et son identité

La question de la toxicomanie est au centre des préoccupations et du soin dans le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Elle occupe également une grande place dans les conversations des résidents, qui se reconnaissent pour beaucoup en tant que « toxicomanes ». Il s'agit d'un point commun fort qui les rassemble, ils sont « semblables » et combattent ce même « démon ». Ils appartiennent tous à ce même groupe de consommateurs et dépendants. La société dans laquelle nous vivons participe également à ce phénomène en les caractérisant, voire les stigmatisant comme tel, et d'une certaine manière les exclut du système. N'ayant plus d'accès à un logement, à l'emploi, les relations sociales et familiales s'appauvrissant, les individus toxicomanes se rassemblent au sein d'un groupe de consommation : leur groupe d'appartenance.

Je me suis alors questionnée sur ce groupe d'appartenance : le fait de se dire ou d'être considéré comme « un toxicomane » est-il désormais inhérent à leur identité ? Cette identité de toxicomane se construit-elle ? Nous savons que l'identité est en perpétuel changement, remaniement. Ainsi le sujet toxicomane ne peut-il plus se définir et se reconnaître, par son corps et en tant que soi, sans la dépendance ?

2.1 L'identité : définitions

Le concept d'identité est à l'origine de quantité d'approches différentes et a donné lieu à de nombreuses définitions. Il s'agit en effet d'une idée complexe pouvant être abordée de différents points de vue tels que les courants psychologique, phénoménologique, philosophique, psychanalytique, épistémologique... A. MUCCHIELLI considère « *qu'aucune science ne peut définir l'"identité totale" d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine. L'"identité totale" reste virtuelle* ».

Tout d'abord voici une définition de « l'identité » selon le Petit Larousse. Le terme « d'identité » vient du latin *idem* qui signifie « le même ». C'est la deuxième définition de ce dictionnaire qui nous intéresse : « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe* ». Et en psychologie il est question de l'identité sociale qui est « *le sentiment ressenti par un individu d'appartenir à tel groupe social, et qui le porte à adopter certains comportements spécifiques* ».

Je m'appuierai par ailleurs sur la définition que livre A. MUCCHIELLI en se plaçant du côté des sciences humaines, selon laquelle « *l'identité est un ensemble de significations apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs.* » En se basant sur cette définition, A. MUCCHIELLI explique donc que l'identité est toujours **plurielle** car fait intervenir différents acteurs du contexte social qui apportent une lecture de leur identité et de celle des autres selon les circonstances, leurs projets et leurs enjeux. L'identité a aussi un caractère **dynamique** étant en perpétuelle remaniement, du fait de l'évolution constante des contextes de références de celle-ci (biologique, psychologique, temporel, relationnel, culturel...), de façon concomitante au développement du sujet. L'identité relève également de quelque chose de **singulier**, et correspond au caractère unique du sujet.

On peut alors dire que l'identité est « *l'ensemble des données qui déterminent chaque personne et objet et qui permettent de les différencier des autres* ». Ces données ou caractéristiques sont aussi appelées « *référents identitaires* » qui peuvent être de différentes catégories : référents écologiques, référents physiques et matériels, référents historiques, référents culturels, référents psychosociaux.

L'identité résulte donc d'un ensemble de repères appliqués à une réalité subjective et

objective par des acteurs, que ce soit le sujet lui-même ou les autres. La partie subjective de cette réalité correspond à la perception et aux ressentis propres du sujet quant à son identité. Tandis que la partie objective renvoie aux référents identitaires qui sont innés c'est-à-dire les caractéristiques physiques, génétiques du sujet. Elle peut par ailleurs correspondre au caractère social de la réalité, la réalité du groupe.

À travers ces différentes propositions de définition de l'identité, on peut voir revenir la notion de **l'autre**. L'autre a un rôle indispensable dans notre construction et développement. L'homme est un individu social, évoluant parmi ses pairs en entrant en relation avec eux et en communiquant. L'identité a donc un caractère social incontestable, correspondant tant à une identité individuelle qu'à une organisation, un groupe. C'est en citant A. MUCCHIELLI que deux « noyaux identitaires » peuvent être reliés à cet aspect de l'identité :

- Un noyau identitaire individuel qui est la constitution de base du système affectif, cognitif et comportemental du sujet, il structure la personnalité du sujet. Il sous-tend des actes et expériences vécues, laissant des traces psychiques réutilisables.
- Un noyau identitaire groupal ou noyau communautaire également constitution de base des système affectif, cognitif et comportemental du groupe, avec sa propre histoire, ses attitudes et sa propre culture. Le sujet façonne son identité dans le rapport à l'autre et dans la relation.

L'identité va donc être modifiée, transformée à chaque instant de la vie du sujet en fonction de ses expériences, de ses relations et de ses interactions. Son identité est donc la synthèse de toutes les identités successives qui habitent le sujet au cours de sa vie et dans les différents environnements.

2.2 Construction de l'identité

2.2.1 Le stade du miroir et le narcissisme

Le **stade du miroir** est un concept introduit par J. LACAN en 1949. Il correspond à la période entre 6 et 24 mois durant laquelle l'enfant se met à « penser » son être corporel à travers des expérimentations. Il n'a pas encore la possibilité d'avoir conscience de son intégrité par la voie de son équipement sensorimoteur qui se trouve toujours immature. L'enfant dans

un premier temps voit dans le miroir un être, de chair et d'os, un être réel. L'enfant comprend par la suite que ce reflet n'est qu'une image, sans savoir encore qu'il s'agit de l'image de lui-même. C'est suite à ce que LACAN appelle une « mimique jubilatoire » que l'enfant comprend finalement que cette image est la sienne, qu'il est donc un corps à part entière, différencié de celui de sa mère.

Ce stade permet donc l'accès à la subjectivité et l'individuation, grâce aussi à l'accompagnement de l'adulte qui par ses mots et son regard valide cette impression et sensation d'être unifié et différencié. En effet, les parents et l'entourage ont un rôle essentiel pour cette étape, à travers leur discours et leur regard ils soutiennent la constitution de cet avènement. Selon WINNICOTT cette question du miroir est différente : pour lui il s'agit du « *visage de la mère qui renvoie à l'enfant, comme un miroir, ce qu'il représente pour elle. Le petit enfant essaie de lire dans les yeux de la mère* » (D. W. WINNICOTT cité par J. MCDOUGALL, (2001)). On constate donc bien en croisant ces points de vue l'importance de **l'autre** dans cette phase d'individuation, qui vient aussi participer de la construction de l'identité de l'enfant.

Le stade du miroir est donc essentiel à la différenciation de l'enfant, qui permet l'avènement de sa subjectivité et sa construction identitaire. L'enfant devient sujet et vient s'inscrire dans le cercle familial. Ce stade est également à la base du narcissisme primaire.

Le **narcissisme** est « *l'admiration, la contemplation de soi-même* » ou bien « *l'amour porté à l'image de soi* ». Il est à la base de notre sentiment d'identité. Il est divisé en sous-stades :

- Le narcissisme primaire : il s'agit d'un stade précoce de constitution du Moi. Il correspond à l'illusion rassurante d'une omnipotence narcissique par laquelle l'enfant se procure par lui-même une satisfaction libidinale sans relation avec l'objet. Ce dernier n'est pas encore dans un mode relationnel objectal. Il s'appuie sur cette étape pour avoir peu à peu accès au principe de réalité et se détacher de cette vision auto-centrée. Il oriente ensuite son investissement libidinal vers autrui.
- Le narcissisme secondaire : il s'agit donc de l'étape durant laquelle l'enfant est en capacité de se tourner vers autrui, vers les objets. Il est capable d'entrer dans une relation d'objet total. Ainsi l'étape de narcissisme primaire est indispensable car il faut avant tout pouvoir s'aimer soi-même, pour pouvoir ensuite aimer les autres.

2.2.2 Phénomène d'identification

L'identification peut revêtir deux sens différents. D'une part, il s'agit de **l'action d'identifier**, c'est-à-dire que l'on reconnaît quelque chose ou quelqu'un à certains signes et selon nos modèles de référence. D'autre part, il y a **l'identification à autrui**, qui est le fait de « s'identifier à », d'assimiler un certain nombre de caractéristiques d'un autre individu.

L'identification décrite classiquement par J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS est le « *processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications* ».

Ainsi, l'identité se construit et se distingue progressivement grâce à une série d'identifications successives. En effet l'identification, au départ, est un processus dont nous ne sommes pas conscients, qui se traduit par un désir « d'être comme » ou « ne pas être comme ». La notion « d'identique » est donc à nuancer. Car le sujet en s'identifiant à quelqu'un prend une caractéristique de cet autre, la modifie, l'accommode, pour se l'approprier et l'agencer avec sa propre personnalité en construction. Cette recherche en s'identifiant à autrui peut être une forme de réassurance, en trouvant un point qui rassemble, qui permet de partager. Par ce processus, le sujet ramène une part de l'inconnu au connu. Ceci est à la base de la constitution d'une **sécurité interne psycho-affective**, qui va conditionner et permettre ensuite les **relations intersubjectives**.

Par ailleurs, « identifier l'autre » est également indispensable pour reconnaître l'autre en tant que sujet à part entière, en prenant conscience de son rôle et de son statut. Ceci conditionne aussi la façon d'entrer en relation, créer des liens. Considérer l'identité implique donc que l' « *on ne peut pas ne pas situer l'autre par rapport à soi. Cette constatation est une donnée première de la réalité interhumaine. Le résultat de l'identification de l'autre intervient et oriente tout le processus de la communication avec cet autrui* » (A. MUCCHIELLI).

Selon E. ERIKSON « *L'identité finale, donc, fixée au terme de l'adolescence, est surordonnée à toute identification singulière avec des individus du passé : elle renferme toutes les identifications signifiantes, mais elle les transforme aussi de façon à en faire un tout raisonnablement cohérent et spécifique* ».

En croisant ces points de vue, on comprend l'importance du rôle de l'autre, acteur social, dans la constitution de l'identité du sujet.

Les figures d'identifications sont multiples, en commençant par les figures parentales,

nécessaires à l'individuation et la subjectivation dans une construction de la personnalité. Puis le sujet trouve d'autres modèles d'identifications tout au long de sa vie, allant du cercle familiale, au cercle d'amis, de pairs, au groupe d'appartenance. L'individu puise donc ces modèles d'identification dans son **environnement social**.

Le fait d'identifier l'autre conditionne nos interactions sociales. Nous ne nous adressons pas de la même manière à tout le monde (enfant, adulte, personne âgée...). C'est aussi fonction de nos représentations, nos idées préconçues qui ont façonné notre manière de penser, d'être et d'agir tout au long de notre vie. Les sujets souffrant d'addiction peuvent donc être marqués par cette « image » que l'on peut leur attribuer, en tant que « toxicomanes ». À travers cette double identification et dans les relations interindividuelles, le sujet peut façonner et construire son identité en y associant cette problématique addictive. Selon J. BERGERET : « *La toxicomanie se voit ainsi considérée comme une déviance en rapport avec l'effet stigmatisant de la réaction sociale* ».

2.3 Le sentiment d'exister à travers l'addiction

Être « addict » et notamment chez l'adolescent, serait pour B. TOUZANNE « *une succession d'identités d'emprunts, hors du regard des parents, pour tenter d'être, par l'intermédiaire d'un objet* ». Cette phrase illustre la tentative du sujet souffrant d'addiction, d'être, de se sentir soi. Ce sentiment est souvent défaillant, le sujet ne parvient pas à être rassuré dans sa continuité d'existence.

2.3.1 Sentiment de continuité d'existence, difficultés d'identification

L'identité est fortement liée à notre **sentiment de continuité d'existence**. Ce sentiment d'exister nous offre un ancrage et une certaine sécurité. Dans le développement dit normal, l'enfant se construit en tant que soi en se différenciant peu à peu de sa figure d'attachement, comme expliqué précédemment. En référence au Holding de WINNICOTT, c'est grâce à l'objet maternant qui aura suffisamment porté, contenu, regardé, accompagné l'enfant, qu'il pourra s'en détacher et s'individualiser. C'est donc grâce à un environnement suffisamment contenant et sécurisant que le jeune individu va pouvoir développer le sentiment de soi, le sentiment d'exister. Lorsque l'environnement des soins et le maternage est inadéquat, ne s'adapte pas aux besoins de l'enfant, ce dernier est forcé de réagir grâce à des mécanismes

d'adaptation qui ne sont pas tout à fait aboutis. Il ne peut donc pas intérioriser un sentiment d'unité, ce sentiment d'exister. Cet environnement insécure, instable, voire angoissant ne permet pas à l'enfant d'intérioriser une sécurité de base. Le sentiment continu d'exister appauvri, fragile, est observable dans les « états limites ». C'est ce que WINNICOTT appelle le **faux self**. L'addiction présente une étiologie multifactorielle et il n'est pas possible d'en expliquer l'apparition en se basant uniquement sur une hypothèse isolée. Mais un grand nombre des sujets que j'ai rencontré durant mon stage présentent une enfance difficile, un parcours souvent ponctué de ruptures, d'absence de figure d'attachement, de relations affectives compliquées ou de soins maternels inadaptés (pouvant être dans l'excès ou au contraire insuffisants, non sécurés).

Léo relate dans son histoire une enfance douloureuse : il est né de parents séparés avec un père absent (incarcéré pour vol à main armée), l'ayant reconnu tardivement. Sa mère se remarie avec un homme qui se révèle violent avec Léo et sa mère. Il décrit une relation avec sa mère très compliquée car celle-ci le rabaisse constamment.

Les parents de Ian se séparent lorsqu'il a un an. Sa mère rencontre une femme avec qui elle reste pendant 10 ans. Elle tombe malade lorsque Ian a 8 ans, il intègre un internat. Il entretient une relation « père-copain » avec son père, qu'il ne voit que pendant les vacances. Ce dernier décède d'un infarctus lorsque Ian est âgé de 15 ans.

Les histoires de Léo et Ian sont des exemples, parmi beaucoup d'autres. En effet, selon des données épidémiologiques de F. DAVIDSON et M. CHOQUET (cités par J. BERGERET), « *moins de la moitié seulement des jeunes drogués interrogés ont encore leur père et leur mère, un tiers de ces sujets appartient à une famille désunie et à peu près un quart ont vécu dans une famille dont l'un des parents était décédé* ». Ces sujets n'ont pas pu se construire en s'identifiant à des figures parentales stables et permanentes. En outre, comme pour Léo et Ian, le rôle du père essentiel à l'intégration de la loi n'a pas été assuré (étant incarcéré ou consommant des substances illicites). Ainsi, cet environnement instable et insécure n'a pas soutenu l'enfant dans la période nécessaire de différenciation des figures parentales et d'individuation. Les sujets addicts présentent donc souvent une faible estime de soi et une fragilité du sentiment d'exister. La défaillance de ce sentiment continu d'existence ou cette précarité d'existence constitue des **fragilités narcissiques**.

Il n'a pas été décrit de structure de personnalité spécifique du toxicomane. En effet, P.

LUCAS dit que « *le toxicomane fait injure à ses environnements sociaux dans la mesure où il est pratiquement difficile de le localiser dans (...) une identité précise* ». Cependant, les fragilités narcissiques sont retrouvées dans la clinique telles que la dévalorisation de sa propre image, une faible estime de soi et un manque de confiance en soi. Elles sont souvent causées par des relations instables durant l'enfance, des carences affectives, des violences vécues ou des expériences traumatiques... L'estime de soi notamment, « *se développe corrélativement à la qualité de la confiance fondamentale acquise par la stabilité et la profondeur de la relation primitive à la mère* » (E. ERIKSON).

Ces failles constituent ainsi de réels facteurs de risques dans l'apparition d'une addiction qui peut souvent se développer sur une fragilité narcissique.

2.3.2 Conséquences de l'addiction sur le corps du sujet

Notre corps est le support de notre identité. Il constitue notre interface au monde, c'est grâce à lui, par lui que nous agissons, vivons, ressentons. C'est aussi par et avec notre corps que nous entrons en relation et interagissons avec notre environnement. Le corps, chez le sujet toxicomane, est comme le « témoin » de sa souffrance. Il est inévitablement marqué et habité par la dépendance.

Cela soulève la question du schéma corporel. Selon J.-M. ALBARET le schéma corporel (...) correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond à la question « **Où ?** » (où sont les membres et où est la cible d'action ?) mais aussi à la question « **Comment ?** » (Comment utiliser l'ensemble du corps pour atteindre l'objectif ?). Il fournit des informations sur la posture et les éléments spatiaux des différentes parties du corps qui déterminent ce qu'il nomme le « référentiel égocentrique ». (...) Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la naissance de l'action. Ce système est inconscient et nous permet de réaliser les actions de la vie quotidienne.

Le schéma corporel et la constitution de nos représentations du corps sont au carrefour de nos sensations intéroceptives, extéroceptives ainsi que proprioceptives. Le schéma corporel correspond à nos connaissances somatognosiques qui s'intègrent et se construisent grâce à nos actes, nos expériences, nos perceptions. Il est donc constamment remanié et constitue selon J. de AJURIAGUERRA notre « cadre spatial de référence » où ces actes et perceptions prennent leur sens. La construction du schéma corporel et des représentations du corps dans l'espace incarne une phase indispensable à la naissance d'un **sentiment corporel d'identité**, introduit par ERIKSON.

Chez le sujet dépendant, ces perceptions et ce vécu sont modifiés par la prise de produits psycho-actifs. Cela affecte son rapport au monde et ses interactions. Le « cadre spatial », dont parle AJURIAGUERRA, en est donc affecté.

Le schéma corporel est intimement lié à l'image du corps. C. POTEL la définit comme « *l'image que l'on se fait de soi et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* ». F. DOLTO ajoute à ce concept qu'elle « *est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. (...) L'image du corps est éminemment inconsciente. (...) Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* ». Notre image du corps est en jeu dans toutes nos relations et la qualité de celles-ci affecte nos réactions, notre empathie, notre créativité. Elle est donc chargée d'affects et fait appel à une part plus subjective que le schéma corporel : elle est intimement liée à notre **estime de soi**. L'image du corps est également le **support du narcissisme**. Ainsi, les modifications du corps induites par la consommation de substances viennent modifier les comportements du sujet et affecter son fonctionnement affectif, social et relationnel. Ceci altère l'image du corps et atteint l'estime de soi et le sentiment « d'être soi ».

Le regard de l'autre vient fortement influencer ces représentations corporelles et le sujet addict peut se dévaloriser et en souffrir. La souffrance psychique des sujets dépendants est telle qu'ils peuvent chercher à « s'anesthésier » le corps en consommant. J. McDOUGALL considère en effet que le comportement addictif est une économie psychique qui permet de supporter les conflits intra psychiques et de rester en vie ou en survie. Les personnes dépendantes se retrouvent avec un corps fragilisé, abîmé. Les personnes addictes voient le rapport à leur corps modifié. Selon F. HERVÉ les drogues et les traumatismes influent sur les trois registres du corps : le corps en soi, le corps pour autrui et le corps pour soi.

2.3.3 L'adolescence : entre individuation et vulnérabilité ?

Étymologiquement le mot adolescence vient du latin « *adolescere* » qui signifie « *grandir* ». Il s'agit d'une période de grands changements durant laquelle le sujet n'est plus un enfant mais n'est pas encore tout à fait adulte. C'est une phase de transition qui bouleverse l'équilibre des domaines psychique, relationnel et somatique. A. BRACONNIER et D. MARCELLI parlent de « crise » comme étant un double mouvement, entre le reniement de l'enfance d'un côté, et la recherche d'un statut adulte de l'autre. L'adolescent passe par un développement des caractères sexuels, une poussée de croissance pubertaire avec des changements hormonaux qui vont avoir un impact sur le corps. BRACONNIER et

MARCELLI abordent la question de l'image du corps qui est bouleversée dans plusieurs domaines : en tant que **repère spatial** (l'adolescent doit se réadapter à ce nouveau corps transformé), dans son **narcissisme** (le jeune montre un hyper-investissement de lui, de son propre corps), et dans son **sentiment d'identité** : selon P. MÂLE « *le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge à propos de leur corps est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre* ».

Cette période est donc marquée par un remaniement identitaire majeur. On peut même parler de quête identitaire chez cet adolescent qui cherche à se construire en s'émancipant de ses parents, tout en ayant encore un besoin d'attachement. Et « *dans la jungle sociale de l'existence humaine il n'est pas de sentiment d'être en vie sans un sentiment d'identité* » (E. ERIKSON). L'adolescent cherche alors de nouveaux modèles identificatoires, autres que ses parents. L'adolescence est une période où l'on peut voir apparaître des comportements violents, qu'ils soient hétéro ou auto-agressifs. P. JEAMMET fait l'hypothèse que cette « *violence est une réponse à une attaque du narcissisme et une défense contre ce qui est perçu comme une menace sur l'identité* ».

Par ailleurs, des défaillances ou échecs dans les interactions précoces, avec notamment des ruptures répétées dans les soins maternels, peuvent entraîner un défaut de ce narcissisme et de ce sentiment d'identité. C'est alors qu'apparaissent des manques, des « trous », que le jeune adulte tente de combler avec la consommation de drogues. Il cherche un apaisement à travers le produit.

2.4 Identité groupale, moi groupal

Le sujet construit son identité dans ses relations à autrui et à son environnement. Cette identité se construit donc nécessairement au sein de groupes restreints auxquels appartient le sujet, et avant tout avec son groupe primaire qu'est la famille. L'homme pour se développer fait partie d'un groupe, d'une société, avec ses pairs. Selon P. SCIALOM « *il ne peut pas y avoir de corps sans pensée, ni d'humain sans les autres. Dès lors nous existons au travers de nos relations avec les autres* ». Cette organisation en groupe est nécessaire au développement psychique du sujet ainsi qu'à sa socialisation.

Le sujet, pour évoluer au sein de ce groupe, passe par des imitations pour faire comme ses pairs, leur ressembler. Les membres du groupe lui servent de modèles. Le sujet passe par un apprentissage, par un effet miroir du groupe. Ainsi, en faisant comme les autres membres, le sujet peut être accepté. Ceci fait naître un **sentiment d'appartenance** chez ce dernier.

Selon A. MUCCHIELLI ce sentiment « *est en partie le résultat de processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales, car tout être humain vit dans un milieu social qui l'imprègne de son ambiance, de ses normes, de ses modèles* ». Ce sentiment d'appartenance est indispensable pour que l'enfant, au cours de son développement, puisse passer par diverses identifications, puisse s'individualiser, se différencier et se créer sa propre identité. Or « *lorsque le lien primaire avec la mère ou la famille est rendu impossible par le rejet de l'enfant, on sait que celui-ci aura plus tard des troubles de l'identité* ». Il est possible de faire le parallèle entre ce « rejet » et les défaillances dans le maternage, souvent présentes dans l'histoire des toxicomanes. Il est alors compréhensible que le sujet toxicomane peut présenter une identité fragile et des défaillances narcissiques.

Le sujet tient une place et un rôle dans le groupe qui lui permettent d'exister aux yeux des autres. Il se plie aux règles du groupe et adhère à ses valeurs, ce qui lui impose des comportements. Ainsi, pour maintenir cette appartenance le sujet se construit une « **identité de façade** », qu'A. MUCCHIELLI décrit comme une identité qui est « *destinée à se faire définir d'une certaine manière plus ou moins éloignée de l'identité réelle* ». Elle peut donc ne représenter qu'une partie de l'identité réelle du sujet. Elle est proposée et modulée par un sujet ou un groupe, à l'intention d'autrui. Cette identité a pour rôle de « *masquer, de donner le change, de neutraliser le regard critique des autres* ». Le sujet se conforme au groupe. Il s'agit donc d'une identité sociale. Les situations où le sujet subit des jugements de la part d'autrui seraient un facteur qui l'inciterait à se réfugier dans des identités d'appartenance. Ainsi dans l'addiction, le sujet se considère et est considéré comme addict, la société le marginalise et cette « étiquette » fait partie de son identité.

Nous avons vu que le groupe est un élément indispensable au développement humain. Il lui permet de s'identifier, se différencier, s'autonomiser, jusqu'à atteindre l'individuation et la subjectivisation. Mais vivre au sein d'un groupe peut présenter des limites. Entre cette identification par autrui que le sujet peut subir, et le risque d'une **dépersonnalisation** au sein de ce groupe, le sujet peut rencontrer des difficultés pour assumer et affirmer son identité propre et individuelle. Cela est d'autant plus le cas chez les sujets souffrant d'une ou plusieurs dépendances. En effet, j'ai pu observer dans mon stage chez la majorité des résidents, une faible estime de soi et des défaillances narcissiques. Cela constitue des entraves à l'affirmation de leur propre identité, qu'ils doivent en plus redéfinir sans la substance, qui était jusqu'à lors au centre de leur vie. L'identité de la personne addictive est effectivement modifiée par les comportements addictifs. Celle-ci est donc en perpétuel remaniement.

J'ai pu remarquer durant mon stage la place importante qu'occupe le groupe dans la vie de ces personnes. En passant par leurs groupes primaires familiaux, puis par des groupes d'appartenances, des groupes de consommation, pour enfin intégrer un groupe thérapeutique au sein d'un centre de soin. Comment le groupe intervient-il dans le développement du sujet ? Quels processus groupaux sont observables ? Comment se définit le groupe auprès des personnes présentant une addiction ?

II DU GROUPE DE CONSOMMATION AU GROUPE THÉRAPEUTIQUE

« *Le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus* » _ D. ANZIEU

1 Généralités

1.1 Définition

Le mot « groupe » vient étymologiquement du mot italien « *gruppo* » qui est lui-même emprunté au terme germanique « *kruppa* », qui signifie nœud et processus d'assemblage. En France à la Renaissance, il signifiait sac d'argent et du côté des arts il désignait l'assemblage d'objets ou d'individus qui formaient un tout. Enfin, le terme « *groupe* » au XVIII^e siècle signifiait une réunion de personnes.

À travers cette évolution étymologique la notion de groupe a toujours évoqué un espace dans lequel se créent des liens (nœuds), et également la notion d'enveloppe, de sac qui contient.

Il est complexe de définir de façon universelle ce terme étant donné la multitude de groupes existants. De façon générale, le groupe est un ensemble de personnes, animaux ou objets ayant des points communs et formant un tout.

D'un point de vue psycho-sociologique, E. DURKHEIM définit le groupe comme un objet, que l'on peut étudier. Le groupe peut également être défini par l'image d'une scène ponctuelle où se joue le théâtre des interactions entre plusieurs individus. La notion de groupe sous-entend également qu'une pensée, une dynamique groupale s'installe, ne pouvant être réduite à la somme des esprits individuels. W. McDOUGALL dit notamment dans son ouvrage *La pensée de groupe* que « *L'esprit d'un peuple, bien qu'existant seulement dans les membres individuels, surpasse de plus en plus la mesure de tout esprit individuel* ».

Ainsi, un groupe se formant de façon organisée, est un lieu d'acquisitions par l'individu de l'expérience de l'interdépendance et de la coopération. Le « **nous** » prend sens.

Le groupe peut être défini d'un point de vue psycho-sociologique comme une entité sociale identifiable et structurée comprenant un nombre limité de personnes. Celles-ci sont liées entre elles par des activités communes ou interdépendantes et elles développent des

interactions conditionnées par des normes de conduite et des valeurs communes dans la poursuite de leurs objectifs.

La formation des groupes se réfère à des processus psychosociaux étudiés à partir de groupes de laboratoire. Deux aspects sont notables :

- **L'intégration d'un nouvel individu** dans un groupe déjà formé, qui a son propre fonctionnement. Le reste du groupe met des mécanismes en place pour faire pression sur lui. Par le biais de ces pressions, l'individu doit adopter des conformités propres au groupe, qui vont permettre son entrée. Puis il pourra s'identifier au groupe et en adopter les valeurs et les normes.
- **La cohésion de groupe.** Un type de relation s'établit entre les membres du groupe, cela crée un lien qui donne une certaine force et un dynamisme au groupe. La cohésion d'un groupe fait référence à un système de relations interindividuelles qui dépendent de l'attraction présente entre les membres. Selon l'attraction, qui est plus ou moins forte, et selon la qualité du lien, il y aura plus ou moins de cohésion.

Ces deux aspects ont une forte influence sur le fonctionnement du groupe.

1.2 Les différents types de groupes

Il existe différents types de groupes, classés en cinq catégories par D. ANZIEU et J.-Y. MARTIN :

- La **foule** : rassemblement d'un grand nombre de personnes dans un lieu mais qui partagent peu, qui n'ont que peu de relation et de communication.
- Les **groupements sociaux** qui ressemblent à un ensemble social structuré avec un nombre de personnes variable. Ces groupements impliquent un système hiérarchique entre les personnes, et ont une fréquence de réunion et une permanence relatives aux objectifs.
- La **bande** réunit un nombre limité de personnes, de façon volontaire, pour le plaisir d'être ensemble.
- Le **groupe primaire ou restreint** est une unité sociale d'un nombre d'individus restreint, qui ont des relations directes. Ils adhèrent à des valeurs communes, et

aspirent à des objectifs collectifs identiques. Ils expriment un fort sentiment de cohésion, de solidarité, avec une interdépendance et impliquant des relations affectives.

- Le **groupe secondaire** est une organisation où les relations interindividuelles ne sont pas personnelles. Ce groupe est structuré dans un système social qui fonctionne selon différentes institutions au sein de la société comme les entreprises, les écoles, les hôpitaux...

Les CSAPA résidentiels accueillant les toxicomanes oscillent donc selon moi entre le groupe primaire, restreint et le groupe secondaire. En effet, ces structures intègrent les résidents pour entamer un soin individuel, ils établissent un projet de soin avec des objectifs propres aux difficultés de la personne. Selon cet aspect le groupe de la structure peut être considéré comme secondaire, ne forçant pas le sujet à créer des relations interindividuelles personnelles. Par ailleurs, les résidents ont des similitudes quant à leur trouble. La vie en communauté, au sein d'un groupe, prend un sens dans le soin en addictologie. Il se forme un groupe, une organisation, vivant ensemble au quotidien, fonctionnant avec les mêmes règles de vie et visant un objectif commun. Ceci implique des valeurs communes. Des liens se créent et on voit apparaître la solidarité et un sentiment de cohésion. Ces caractéristiques sont propres au groupe primaire.

La psychologie classe également les groupes en différentes catégories : les **groupes formels** (où chaque membre a une place et un rôle assignés selon un fonctionnement hiérarchique) et **informels** (les membres se retrouvent de leur plein gré, sans rôles spécifiques imposés, sans hiérarchie) et les **groupes d'appartenance** et de **référence**.

Le **groupe d'appartenance** est une notion introduite par H. HYMAN en 1942 et désigne le groupe primaire auquel l'individu appartient, par lequel il crée des relations directes avec les membres du groupe. La famille constitue le premier groupe d'appartenance.

Enfin, le **groupe de référence** est celui dont l'individu s'approprie les valeurs et les normes, qu'il prend comme modèle de conduite et dont il adopte les comportements.

Ces deux derniers modèles de groupe se retrouvent dans l'addiction. Nous l'aborderons par la suite (cf. partie 3.1 Groupe de consommation).

2 Les processus groupaux

Plusieurs auteurs ont proposé des théorisations sur des processus se produisant au sein d'une formation de groupe. W. R. BION en 1968 a notamment défini des schémas organisateurs de comportements qui révèlent différents types de relations dans un groupe. Il les nomme les *hypothèses de base* et en détermine trois :

- **La dépendance** selon laquelle le groupe cherche la protection du leader. L'équipe des professionnels peut tenir cette place de « leader », ayant ce rôle protecteur et contenant auprès des résidents.

- **L'attaque-fuite** : dans ce cas le groupe réagit à une menace ou un danger en attaquant ou en fuyant.

- **Le couplage** : au sein du groupe naissent des liens de sympathie. En effet, j'ai souvent constaté dans mon stage des liens forts qui se créent entre deux résidents, des binômes qui passent beaucoup de leur temps ensemble, ou encore des couples qui naissent au sein des structures.

Mais je constate des limites et dangers à ces phénomènes influençant les comportements. Selon d'abord la première hypothèse de base de dépendance au « leader », j'ai pu observer qu'une tendance excessive de ce fonctionnement peut être délétère pour le sujet addict.

Martin relate dans son histoire une enfance et une adolescence difficiles avec une mère alcoolique, et un père pompier peu présent. Il vivait à la caserne depuis sa naissance. Martin a donc toujours vécu en institution, très bordé par un cadre solide voire stricte. J'observe qu'il répond très bien à ce cadre au sein du centre de soins, en se pliant aux règles, en s'impliquant fortement dans la vie quotidienne et dans les ateliers. Cependant, il montre de réelles difficultés et fragilités lorsqu'il se retrouve confronté à des imprévus à l'extérieur du centre, lors de ses sorties.

Il est donc très dépendant de ce cadre institutionnel, comme dans une recherche constante de sécurité et de contenance. Cela amène donc à se questionner sur les projets futurs qui pourront se mettre en place pour Martin. Pourra-t-il sortir de cette dépendance, s'autonomiser et assumer un travail en vivant seul ?

J'ai également constaté des risques dans la troisième hypothèse de base, le phénomène de couplage, notamment dans la formation de couples de résidents au sein de la structure de

soins.

Théo et Léa se rencontrent au sein du centre et se mettent en couple deux semaines après leur rencontre. Ils se soutiennent mutuellement. Mais ils sont également très (trop?) impliqués pour l'un et pour l'autre. Léa voit son premier mois d'observation refusé. Théo est sur le point de quitter le centre lorsqu'il apprend la nouvelle, se sentant coupable. Ils tentent de s'unir pour surmonter leur difficultés, en vain. Ils finissent par consommer et quittent finalement le centre.

Carole est présente depuis plusieurs mois au centre de soins. Elle se met en couple avec Jean (également présent depuis longtemps). Ce dernier, bien qu'encore fragile et avant la fin de son soin, décide de quitter le centre pour partir s'installer dans son appartement (dans sa ville d'origine, assez éloignée du centre de soin). Carole ne reste qu'une semaine de plus et finit par rejoindre Jean pour vivre avec lui. Ce départ semble soudain et assez risqué pour Carole qui n'était pas encore stable et assez solide pour vivre seule à l'extérieur.

Les personnes souffrant d'addiction sont fragilisées neurologiquement par les substances psychoactives. Elles ont des pertes de mémoire, des comportements agressifs, une désorientation spatio-temporelle... Tous ces troubles engendrent une désocialisation du sujet, qui devient alors fragile émotionnellement. On peut parfois les qualifier « d'éponge émotionnelle ». C'est-à-dire qu'ils se laissent envahir par les émotions des autres, ne sachant déjà pas gérer leurs propres émotions. Ils ont souvent des difficultés face aux imprévus, qui les poussent à avoir envie de consommer pour palier à la situation qui les met en difficulté ou en souffrance.

Le fait de vivre au sein de ce groupe, d'appartenir à celui-ci peut participer à les soutenir, les porter et à trouver du soutien auprès de modèles qui peuvent les aider à surmonter les difficultés. Les personnes addictes ont également un imaginaire assez faible et des capacités de représentation limitées. Le groupe peut alors permettre de penser à plusieurs, de créer ensemble, notamment grâce à des ateliers créatifs proposés en centres de soins. Cela permet au sujet de s'appuyer sur les autres membres, et sur le cadre du groupe lui-même. « *Le toxicomane trouve dans la forme du regroupement des individus une ébauche d'organisation de l'espace et du temps propice au déploiement d'une certaine élaboration fantasmatique* » (R. KAES). Et cette organisation du temps et de l'espace permet, selon J. BERGERET, la mise en place d'une « *structure imaginaire* », qui pourra être prise en compte dans les vécus relationnels. Ces progrès de conscientisation sont possibles grâce aux fonctions défensives que permet le groupe, tandis que l'individu isolé est dans l'incapacité de trouver les défenses

suffisantes.

D. ANZIEU (1984), s'est particulièrement penché sur ce phénomène qu'il appelle **l'imaginaire groupal**. Il s'agit du processus selon lequel les membres d'un groupe projettent leur fantasmes inconscients dans le groupe, qui va s'organiser autour de ces fantasmes. Et l'interprétation pouvant en être faite mettra en lumière un dénominateur commun de ces fantasmes inconscients : ce qu'ANZIEU appelle « *le contenu latent et manifeste* » des échanges. Il s'agit du contenu du discours, des échanges entre les membres du groupe, de leur signification. Le groupe peut alors être considéré comme un lieu de rêve, une réalisation imaginaire des désirs des individus, qui ont pu être réprimés (car interdits) ou non satisfaits.

ANZIEU décrit trois organisateurs psychiques inconscients que sont le **fantasme individuel** (scénario imaginaire exprimant affects et pulsions de l'individu), **l'imgo** (d'abord parental, que l'on projette sur les autres, qui est donc l'introjection de ces liens) et les **fantasmes originaires** (scénario imaginaire inconscient, commun à tous les hommes). Ces trois types de fantasmes viennent structurer, organiser le fonctionnement du groupe, à travers l'expression des imaginaires des individus qui le composent. Cela organise la pensée de groupe. Suivant cette idée, je citerai également J-B CHAPELIER : « *Le groupe remplit une fonction d'accomplissement imaginaire du désir* ».

ANZIEU décrit d'autre part une forme d'expression de ces fantasmes : **l'illusion groupale**. J.-B. CHAPELIER la définit comme un état psychique collectif dans lequel les membres du groupe se sentent bien, ensemble, avec un sentiment d'appartenir à un groupe. Cette illusion groupale permet aux membres de développer des mécanismes de défense contre des angoisses archaïques, elle génère des identifications primaires ou narcissiques. En effet face à une menace, une angoisse, qui atteint le narcissisme individuel, l'illusion groupale vient parer à cela par la formation d'un narcissisme groupal. C'est alors que **l'identité individuelle est remplacée par une identité de groupe**.

J.-B. CHAPELIER s'étant concentré sur la période de l'adolescence, il fait référence à ce processus d'illusion groupale en lien avec le remaniement et le questionnement identitaire de l'adolescent. Il précise qu' « au moment de l'illusion groupale, le groupe devient un objet libidinal, et les membres du groupe agissent sous l'emprise de la toute-puissance narcissique. Cette restauration narcissique libère l'adolescent de ses hésitations et inquiétudes identitaires ». Ce processus groupal pourrait ainsi aider le sujet à surmonter ses angoisses concernant les questionnements et les doutes sur son identité. Pour cela, le sujet va s'éloigner du groupe primaire familiale pour aller vers un groupe de pairs : « *Le groupe de pairs*

(relations horizontales et indifférenciation générationnelle) se substitue au groupe familial (relations verticales et mélange des générations » (J.-B. CHAPELIER).

On peut alors imaginer que la formation en groupe peut soutenir les processus d'identifications amenant progressivement à la constitution d'une identité propre et individuelle.

3 Le groupe en addiction

3.1 Groupe de consommation

Selon P. HACHET la « *consommation [de cannabis] est indissociable de son caractère groupal* ».

3.1.1 Groupe marginalisé, les « outsiders »

« Certaines toxicomanies s'accommodent mal de la solitude. D'autres formes de toxicomanies ne peuvent prendre naissance que dans un climat de groupe ». (J. BERGERET)

Après avoir étudié les différents types de groupes se formant au cours de la vie du sujet, ainsi que les processus groupaux, la question de l'apparition du groupe de consommation apparaît. Comment et pourquoi ce groupe de consommation se forme-t-il ?

Un groupe qui se forme établit les actions qu'il considère comme « juste » et celles qu'il interdit comme étant « mauvaises ». Un sujet qui enfreint ces règles est alors considéré comme un type particulier de personne : quelqu'un à qui on ne peut pas faire confiance pour vivre selon les règles de ce groupe. Il est considéré comme ce que H. S. BECKER appelle un « outsider ».

Les consommateurs de substances illicites ou d'alcool (susceptibles d'enfreindre la loi en commettant des infractions telles que conduite en état d'ivresse, violences...) peuvent être considérés par la société comme des « outsiders ». Ils constituent un groupe stigmatisé et marginalisé de la société.

La naissance de groupes de consommations peut être liée à un contexte socio-économique particulier. Prenons l'exemple des jeunes venant de familles ayant peu de moyens, vivant dans des logements sociaux. Il se produit selon T. SAUVADET une forme « *d'hypertrophie sociale de l'espace résidentiel* ». C'est-à-dire que ces jeunes restent exclusivement entre eux. Ceci peut s'expliquer par l'éloignement du domicile familial, la déscolarisation (n'atteignant pas les études supérieures), le chômage, le refus du travail salarié

précaire et difficile, la répression policière, ainsi qu'un fort stigmate compliquant l'entrée en relation avec des personnes de milieux socio-économiques différents. Le lieu de vie de ces jeunes devient leur **support identitaire collectif**. Ils se regroupent entre eux et forment ainsi un **groupe d'appartenance**, un groupe de pairs.

Ainsi, dans un tel contexte les préadolescents et adolescents sont attirés par la consommation de drogues (qui sont accessibles et déjà présentes dans leur environnement). C'est à cet âge que l'on a envie de faire comme les autres, de paraître « cool » en fumant et en buvant. Cela constitue aussi un moyen d'être **accepté par ses pairs** et **d'appartenir au groupe**.

Parallèlement à cela, ces groupes de jeunes trouvent dans la consommation de drogues un moyen d'échapper à des tensions, des pressions quotidiennes. C'est un **moyen d'évasion**. SAUVADET parle même déjà d'un « *palliatif à la dépression, car leur quotidien est caractérisé par la pénibilité* ». Ainsi, ces consommations qui au début sont occasionnelles, deviennent de plus en plus fréquentes, au regard de la perte d'effets des produits consommés. Ces derniers sont alors dans un besoin de « plus » ; plus de drogue, plus de consommation. Ceci entraîne un retrait de toute activité (sportives, éducatives...). La consommation devient « *une source de précarisation sur le long terme, au sein du groupe de pairs ou sur le plan scolaire, professionnel et familial* » (SAUVADET). Le sujet n'en est que davantage désocialisé et son groupe d'appartenance d'autant plus marginalisé.

3.1.2 Les différents apprentissages du groupe de consommation

Pour intégrer le groupe de consommation, le sujet doit être capable et désireux d'utiliser de la drogue, dans cette recherche du plaisir. Pour cela, selon H. S. BECKER, il doit passer par différents apprentissages pour l'aider à appréhender les drogues de la bonne façon. BECKER décrit trois niveaux d'apprentissage.

➤ Apprentissage de la technique :

Lorsqu'un sujet intègre un groupe d'individus consommant des substances psychoactives, il passe par de nécessaires apprentissages des techniques requises pour consommer (en fumant, s'injectant...) et créer les effets recherchés. Les membres du groupe l'amènent à modifier sa conception de la drogue. Cet apprentissage peut être explicite tout comme implicite. C'est-à-dire que le sujet, sans l'aide spontanée de ses pairs, doit se débrouiller pour apprendre, sans montrer qu'il ne sait pas faire : « *J'ai fait semblant d'avoir déjà fumé [de la*

marijuana] plusieurs fois. *Je ne voulais pas que ce mec me prenne pour un demeuré, pour quelqu'un qui n'y connaît absolument rien, ni comment il faut fumer, ni ce qui doit se passer, rien* » (Paroles d'un interviewé de H. S. BECKER dans « outsiders »). Pour cela, le sujet passe par de l'imitation : « *Je l'ai simplement observé de près, je ne l'ai pas quitté des yeux une seconde, parce que je voulais faire exactement comme il faisait* ». (Ibid. citation précédente).

Ainsi, tout comme le jeune enfant dans son développement passe par l'imitation de ses parents, de ses camarades, pour apprendre, le sujet consommant passe par l'imitation. Il peut de cette façon s'identifier à ses semblables et devenir finalement expert au sein de ce groupe de consommation.

Selon H. S. BECKER ce n'est que grâce à cet apprentissage de la technique que le sujet peut concevoir la drogue comme étant une source de plaisir. Sans cela, la consommation de drogue devient sans intérêt, ne signifie rien, elle est donc abandonnée. Le plaisir est donc ici le but recherché. Il relève peut-être même du besoin.

Il existe cependant un certain danger à cette imitation et cette recherche d'identification au sein du groupe de consommation : « *le groupe spontané, composé exclusivement de toxicomanes, conduit plutôt à des situations en miroir, renforçant finalement les angoisses et les déceptions narcissiques* » (J. BERGERET).

➤ Apprentissage de la perception des effets :

Il est fréquent que le sujet, consommant pour la première fois, ne sache pas s'il est sous l'effet de la drogue, ce que cela devrait faire, il arrive que cela provoque de l'angoisse, de la peur. Ainsi, au sein du groupe de consommation, un membre plus expérimenté peut être là pour guider le sujet, le prévenir des effets que la substance peut provoquer. Il peut l'aider dans ses premières consommations à découvrir ces nouvelles sensations et tenter d'atteindre cet état « idéal ». Pour être dans cet état, le sujet doit présenter les symptômes produits par la substance mais il doit également reconnaître ces symptômes.

Selon M. ZUCKERMAN, lors de l'initiation à la consommation, le sujet est dans la **recherche de sensations**, d'expériences nouvelles, ou encore de désinhibition. Il dit en effet que « *l'amateur de sensations a été défini comme un individu qui a besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles et complexes, dans le but de maintenir un niveau optimum d'activation* ».

Lorsqu'il consomme, le sujet est dans l'acte, dans l'agir et évite ainsi de penser, de conscientiser ce qu'il vit. Il est dans l'action et cherche de nouvelles sensations, avec un certain goût du risque. À l'adolescence, la prise de drogues peut être considérée comme un

passage à l'acte (D. MARCELLI et A. BRACONNIER). Ainsi, plus le sujet consomme (en augmentant la fréquence des prises et la quantité de substance ingérée), moins il est en capacité d'élaboration psychique, de représentation. Les sensations restent des sensations « brutes », qui ne sont pas mentalisées ou élaborées.

C'est à ce niveau là que nous pouvons intervenir en tant que psychomotricien. L'axe de travail est tourné vers l'accompagnement du sujet dans l'élaboration de ses sensations, lui permettant de prendre du recul par rapport à l'action, de s'en détacher. En l'aidant à verbaliser, mettre ses mots sur ses ressentis, le thérapeute contribue à montrer au sujet qu'il peut vivre des sensations corporelles agréables sans consommer. Ce travail participe aussi à une revalorisation de la personne, en étayant ses paroles le thérapeute montre au sujet que ses vécus et ressentis sont dignes d'intérêt.

➤ Apprentissage du goût pour les effets :

Selon ZECKERMAN, l'individu commençant à consommer, ne peut continuer que s'il apprend à aimer les effets provoqués par la drogue, qu'il a appris à percevoir et à ressentir lors des premières consommations. Et ceci est possible grâce aux autres membres du groupe plus expérimentés. En effet, ils accompagnent les « novices » dans l'apprentissage de ce goût pour les effets de la drogue, dont ils avaient initialement peur, qu'ils définissaient même comme désagréables : « *Ce qui ne suscitait d'abord que peur et dégoût devient agréable, désiré et recherché une fois que le goût en est acquis* » (ZECKERMAN).

Ainsi, les consommateurs expérimentés vont aider le sujet à transformer sa conception de la drogue, de son utilisation et de ses effets. Il découvre de nouveaux mots, de nouvelles techniques, de nouvelles sensations grâce à un tiers qui l'initie. « *Le plaisir de fumer est engendré par la définition des impressions en termes favorables qui est transmise par les autres* » (ZECKERMAN).

Un questionnement est possible autour de ce groupe de consommation : les liens unissant les membres de ce groupe sont-ils authentiques, sincères ? Ou sont-ils illusoire car battis sur le rapport à la drogue ?

En s'intéressant à l'origine du sentiment d'appartenance dont parle A. MUCCHIELLI, on constate que ce dernier trouve ses racines dans la vie communautaire semblable aux sociétés primitives (*Gemeinschaft*, terme allemand désignant une communauté qui privilégie la prépondérance du « tout »). Au sein de celles-ci « *le groupe a plus de réalité que l'individu où l'individu n'existe que dans, par et pour le groupe qui contrôle ses pensées et ses*

conduites » (P. PÉDROT et M. DELAGE). Ainsi, cette idée rejoint le principe des apprentissages du sujet fraîchement initié à la consommation de drogues que nous venons de décrire. C'est finalement dans cet apprentissage auprès des autres membres du groupe de consommation que les comportements et conduites du sujet vont être orientés et influencés.

Or, « être quelqu'un pour quelqu'un d'autre, tel se manifeste en définitive le désir d'identité » selon MUCCHIELLI. Le sujet cherche ses modèles identificatoires dans ce groupe de consommation et module ses comportements selon ses apprentissages et imitations. Ainsi se construit son identité individuelle, calquée sur les valeurs du groupe, sur une identité groupale. P. HACHET explique notamment que les liens d'amitié se créent au fur et à mesure d'expériences satisfaisantes, qui restent en mémoire et dont on peut parler afin de les renouveler. Il se questionne : « *Ce ciment existe-t-il lorsqu'une substance psychoactive amène chacun à réagir avant tout en fonction de "l'illusion groupale" au détriment de ce qui l'entoure réellement ?* » (Illusion groupale, terme de R. KAES). Il en vient à se demander si l'effet sédatif du produit ne risque pas d'entretenir un phénomène de « *foule solitaire* » où le lien à l'autre est « *chimériquement établi* ». En effet, si ces relations entre membres du groupe de consommation ne sont qu'illusoires, qu'en est-il de l'identité propre du sujet ?

J'ai pu remarquer en stage que les sujets sont contraints, pour ne pas rechuter dans la drogue, de s'éloigner de l'environnement dans lequel il vivait. En effet, beaucoup se rendent compte que d'une part, en revenant sur des lieux connus (de consommation, de fréquentation d'anciens camarades de consommation) ils sont très vulnérables et luttent difficilement contre l'envie de consommer. Par ailleurs, lorsque le produit n'est plus au centre des intérêts du sujet, ce dernier n'a plus grand-chose à partager avec ses anciens amis. Ils n'ont plus de point commun les unissant au sein d'un groupe d'appartenance.

Ainsi, le sujet avait une identité commune avec un groupe de pairs, dont il s'est éloigné et ne fait plus partie. Il est donc face à la difficulté de se réintégrer à un autre groupe social et de se reconstruire, de redéfinir une identité propre, en acceptant son passé de toxicomane ainsi qu'une nouvelle vie sans dépendance et sans substance.

Nombreux sont ces sujets qui dans leur passé comptent plusieurs tentatives d'arrêt, qui bien souvent n'aboutissent pas. Devenir abstinent s'avère très difficile si le sujet n'a pas d'aide. C'est ici que le centre de soins en addictions peut intervenir et constituer une manière de se sortir de la toxicomanie.

Comme cité précédemment les addictions sont une problématique de santé publique et le gouvernement a mis en place plusieurs plans de lutte contre les addictions. Trois priorités

d'action ressortent de ces plans pour lutter contre la drogue et les conduites addictives :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation,
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux,
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Ainsi, pour suivre ces plans gouvernementaux, des lieux de prises en soins spécialisés en addictions ont été créés. En conjuguant prévention et soins, ces lieux visent une prise en charge globale, médico-sociale des sujets. Le but étant d'apporter des soins médicaux et de permettre une réinsertion sociale et professionnelle aux patients.

Il existe ainsi plusieurs types d'aides pour le soin : des points d'accueil ou dispensaires pour des personnes encore non sevrées (où est dispensée une écoute, des professionnels pour les informer et leur proposer quelques soins infirmiers) ; des cabinets proposant des soins en ambulatoires offrant cette prise en charge globale d'accueil, d'orientation, de suivi et de soin ; enfin, des Centres de Soins d'Accompagnement et Prévention en Addictologie, dont les centres résidentiels que j'ai rencontrés lors de mon stage.

Ces soins d'accompagnement des sujets toxicomanes sont essentiels lorsqu'ils sont en souffrance et ont l'envie de se sortir de l'addiction. C'est en présentant diverses stratégies de prises en soins, en déclinant divers types d'ateliers et suivis (éducatifs, thérapeutiques, de psychomotricité, à médiation...) que les professionnels s'adaptent à la problématique propre du sujet ainsi qu'à son environnement. Ces sujets pourront trouver sécurité et contenance au sein de ces centres, palliant à leur manque de confiance et leur sentiment insécure.

Pourquoi ces personnes intègrent-elles ces centres et d'où provient la demande ?

3.2 Origine de la demande de soins

Souvent dans leur histoire, ces sujets sont passés par des sevrages, des cures et post-cures en hôpital, par différents centres de soins... Ils ont également pour beaucoup déménagé de nombreuses fois, été en familles d'accueil, relatant notamment une enfance et adolescence difficiles.

On observe donc chez ces personnes de multiples tentatives d'arrêts des substances, en

vain. Ils en viennent donc à faire la demande d'intégrer un centre de soin résidentiel. L'ampleur de leur souffrance, leurs ressources, leur situation socio-professionnelle (isolement voire désocialisation) conditionnent cette demande d'aide ainsi que les personnes et les lieux auxquels ils s'adressent.

Ils cherchent donc un lieu pouvant les accueillir et pouvant dans un second temps leur offrir un soin. Ils n'ont pas tous les mêmes problématiques ni le même degré de souffrance. Mais ils ont tous un point commun qui justifie leur entrée dans ce centre : une souffrance à l'origine d'un désir d'arrêter de consommer.

Je note cependant une certaine ambivalence dans le comportement du sujet toxicomane. Il vient chercher une aide, dans le souhait voire le besoin de se faire soigner. Cependant j'observe durant mon stage, de façon généralisée, une difficulté majeure à faire confiance. En effet, les résidents montrent une méfiance à l'égard des professionnels de l'équipe. Ils restent dans un mode de relation qu'ils avaient l'habitude d'entretenir avant leur entrée, avec leur entourage : mensonges, méfiance, enjeux autour du produit. De plus, quand ils intègrent le centre, le temps d'adaptation peut être long et difficile. Dans les premiers temps, les individus sont encore focalisés sur le produit. Il faut du temps pour qu'ils adhèrent au soin et pas seulement au sevrage avec un traitement (dont les traitements de substitution), mais également aux soins de la sphère paramédicale, psychologique et sociale. J'ai pu constater l'importance majeure de la mise en place d'une **alliance thérapeutique**.

La demande, au départ, est centrée sur l'immédiateté, sur ce « craving » et cet « *impérialisme présent dans l'ici et maintenant* » (mémoire de A. MIOSSEC). Ils sont dans l'incapacité de construire un projet de vie, d'anticiper, prévoir et entreprendre des démarches. Un des enjeux du soin est donc de les accompagner à comprendre leur trouble et sortir d'une logique centrée autour du produit, sortir de cette logique d'immédiateté.

Les origines de la demande de soins sont multiples. Certains sujets viennent avec une plainte d'ordre somatique, avec un rapport au corps très difficile. Mais j'ai pu également noter des demandes justifiées par des pressions venant de l'extérieur. Parfois, les sujets viennent en centre de soin pour se protéger de leur environnement, s'extraire de leur milieu ; d'autres restent au sein du centre pour cause d'une condamnation, étant sous placement extérieur ; d'autres cherchent de l'aide pour une réinsertion sociale et professionnelle, souffrant d'un fort isolement et d'une désocialisation les entravant pour retrouver un emploi.

Ainsi, malgré l'ambivalence et les multiples formes de la demande, j'ai pu remarquer qu'après avoir testé le cadre, l'équipe, posé un certain nombre de revendications voire de protestations, ces sujets addicts, étant dans le besoin de se soigner, restent dans le centre.

Malgré les contraintes nouvelles des règles de vie du centre, des horaires, des tâches quotidiennes, de la vie en communauté, un désir de changement se fait ressentir, qui les poussent à rester. Cela ouvre une porte à la relation, indispensable dans l'accompagnement et le soin de ces personnes. À partir de ce moment, les résidents peuvent entrer dans une réelle démarche de soins et peuvent commencer à se projeter dans le futur, dans une vie sans drogue ou alcool.

3.3 Le groupe du CSAPA Résidentiel

3.3.1 Fonctionnement du centre

Ce centre est ouvert toute l'année et accueille des personnes âgées de 18 ans et plus, souffrant de problématiques addictives et de désocialisation. Il s'agit d'un groupe de onze résidents. Lorsqu'ils intègrent le centre, les résidents peuvent rester pour une durée de séjour de quatre mois, renouvelable une fois. Le centre propose une prise en charge globale médico-psycho-sociale avec une équipe pluridisciplinaire. Les résidents bénéficient donc d'un traitement médical, d'entretiens individuels, d'un bilan médico-psycho-social (réévalué durant le séjour) et d'interventions thérapeutiques. Ces prises en charges individualisées se font dans un cadre résidentiel structurant et sont personnalisées et intensives. Pour cela, un projet de soins est construit par l'équipe avec le résident et vise une réinsertion sociale voire professionnelle.

Le centre comprend une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, une psychologue, une psychomotricienne, une assistante sociale, une infirmière, des éducateurs et des surveillants de nuit.

La prise en charge thérapeutique des résidents s'organise autour de cinq axes :

- médical (psychiatrique et somatique),
- paramédicale (infirmier et psychomotricité),
- psycho-sociale,
- éducatif,
- pré-professionnel.

Ces axes de travail ont pour principal objectif de permettre aux sujets de trouver une stabilisation somatique, sociale et psychologique. Ceci leur permet d'élaborer un projet de vie à l'aide de moyens psycho-sociaux mis en place avec l'équipe du centre. Ce séjour au sein du centre n'a pas pour but de créer une « rupture » ou une parenthèse dans la vie de ces sujets. Il a plutôt pour visée de s'inscrire dans un projet de vie global, intégrant une dimension

thérapeutique et sociale visant une véritable réinsertion.

À leur arrivée les résidents doivent faire un bilan somatique, psychiatrique, psychologique et sociale ainsi qu'une évaluation de la place des substances psychoactives dans leur vie. C'est à partir de ces différents bilans qu'un projet individualisé peut être formulé par écrit en prenant en compte les perspectives de sortie. En effet, dès leur arrivée les résidents entament une réflexion autour de leur projet pour la suite, afin d'anticiper leur sortie et leur vie future. Ceci est important pour permettre d'éviter une dépendance à l'institution. Il arrive en effet que la sortie du centre et la reprise d'une vie à l'extérieur soit très compliquées pour certains résidents.

Joslin arrive au bout de son séjour de soin au sein de la structure. Il l'a renouvelé plusieurs fois du fait de ses difficultés accrues à arrêter la consommation d'alcool. Il a donc fait un très long séjour. Il a trouvé un appartement et est prêt à retrouver un travail. Joslin est apte à retourner vivre seul et reconstruire sa vie. Cependant, partir du centre et s'installer seul « dehors » lui fait très peur. Il en vient même jusqu'à se ré-alcooliser très fortement à plusieurs reprises en disant aux professionnels du centre « Vous voyez ? Je ne suis pas prêt à vivre seul, j'ai bu! ». Ces alcoolisations sont une forme d'appel à l'aide, ou de cri de détresse.

Au sein d'une vie collective, en partageant les moments du quotidien comme les pauses café, les repas, les goûters, les sorties, le soin est centré sur le sujet. La prise en soin est individuelle, tournée vers la personne, tout en étant intégrée dans un groupe. Le but étant de réapprendre à vivre sans produits psychoactifs, en respectant les codes sociaux et règles socialement admises (le rythme de la journée avec trois repas, une douche chaque jour, le respect d'autrui et de soi-même...). Les résidents doivent respecter ces règles et se réadapter au quotidien en collectivité. Malgré le soin individuel, le groupe, le collectif et le « vivre ensemble » tiennent une place prépondérante dans l'évolution du soin.

De nombreuses activités de soins en groupe leur sont proposées : un groupe de parole avec la psychologue du centre, un atelier sur les émotions avec une infirmière du centre, un groupe d'affirmation de soi, des activités sportives et un atelier d'art thérapie avec des prestataires de service, divers ateliers éducatifs ponctuels et deux ateliers de groupe animés par ma maître de stage psychomotricienne : un atelier relaxation et un atelier avec la médiation « cheval ». Les résidents bénéficient aussi de soins individuels : rendez-vous hebdomadaires avec la psychologue, les prises de traitement matin, midi et soir qui sont des

moments privilégiés où les résidents peuvent parler de leurs difficultés à l'infirmière. Ils peuvent également rencontrer le médecin. L'assistante sociale est à leur disposition pour les accompagner à gérer leur situation sociale et économique. Enfin, chaque résident a un éducateur référent, personne privilégiée pour parler du « craving », des consommations, des périodes difficiles, des baisses de moral, des angoisses...

Cette multiplicité des intervenants permet d'aborder les problématiques du sujet dans leur ensemble, de manière globale et interdisciplinaire.

3.3.2 Le groupe des résidents dans le processus de soins

Le groupe des résidents du CSAPA est en perpétuel remaniement du fait des séjours de relative courte durée. On voit alors régulièrement des résidents quitter le centre et d'autres qui l'intègrent. Ce fonctionnement relève de ce qu'on appelle un groupe « ouvert ». Ce système permet donc de renouveler régulièrement les membres du groupe, ce qui amène des énergies différentes. La dynamique de groupe évolue donc au fur et à mesure de ces changements.

En effet, C. BERTIN parle de **corporéité** (la manière d'être au monde, les modes de présence, l'investissement corporel et ses représentations) et de « **corps groupal** ». Selon elle, se situer et s'engager dans un lien avec l'autre sous-entend un rapport de corporéité mettant en jeu mon corps, le corps des autres ainsi que « le corps groupal ». Ce corps s'inscrit dans une spatialité et une temporalité. Cela implique alors différentes intensités, différentes énergies dans la relation et la vie de groupe. Chaque membre est traversé par différentes forces, donc le groupe est la rencontre de ces énergies. C'est ce qui fait la particularité du groupe, avec sa dynamique propre et changeante.

Le groupe montre alors des caractéristiques autant physiques que psychiques qui lui sont propres : l'espace qu'il occupe, les tensions pouvant se faire sentir, le rythme, la vitalité résultant des différents mouvements qui l'animent... Tous ces éléments sont donc importants à prendre en compte pour pouvoir ensuite animer des ateliers de groupe et pouvoir guider les résidents grâce à un cadre sécurisant et solide.

Le groupe des résidents peut être considéré comme un groupe primaire ou restreint. Ce dernier présente certaines particularités, décrites par D. ANZIEU et J. Y. MARTIN. Tout d'abord, cela implique un nombre restreint de membres, de façon à ce que chacun puisse avoir une perception individualisée des autres, puisse être perçu par autrui en retour, pour que de nombreux échanges interindividuels aient lieu. Ensuite, les résidents participent aux mêmes activités du centre. En découlent une certaine interdépendance, ainsi qu'un sentiment de solidarité, renforcé par le fait de vivre ensemble au quotidien, de partager le même lieu de vie

dont ils doivent prendre soin ensemble. Enfin, dans cette cohésion, chacun des membres tient un rôle différencié au sein du groupe.

3.3.3 Le groupe thérapeutique

Dans ce contexte groupal que proposent les structures de soins en addictologie, il est également intéressant pour les professionnels de santé de privilégier le cadre du groupe dans la prise en soins des résidents. En fonctionnant comme structure d'étayage le centre constitue comme une **enveloppe groupale**. Cette notion est abordée par A.-M. LATOUR, qui explique qu'un des objectifs thérapeutiques lors de prises en charge groupales est d'offrir la possibilité à chacun de venir s'approprier ses propres vécus, expériences et capacités. Ceci peut se faire en étayage sur les autres mais de manière singulière. En tant que thérapeute, il faut donc accueillir ces ressentis, ces vécus, en les reformulant. Cela aide le patient à les assimiler.

Mais ça implique aussi que le thérapeute les accueille sans jugement, sans vouloir les corriger ou les modifier. Il arrive en effet que nous ayons nos propres attentes ou représentations par rapport à des expériences ou vécus possibles. Il faut pouvoir s'en détacher suffisamment pour laisser la possibilité au patient de s'exprimer avec ses propres représentations. Il faut garder à l'esprit que chaque individu a ses propres sensations et perceptions, qui, souvent, peuvent différer de celles du thérapeute. Ce dernier doit donc valider ces vécus singuliers et individuels, ce qui participe à créer ou renforcer une **enveloppe individuelle**. Chaque enveloppe individuelle pourra ensuite s'inscrire dans une **enveloppe groupale**.

À l'aide du thérapeute, chaque membre du groupe va avoir à faire ce travail, d'appropriation d'une enveloppe individuelle parmi les autres, au sein du groupe et de cette enveloppe groupale. Selon R. KAES également, « *l'enveloppe groupale permet d'aborder plus tranquillement les mouvements transférentiels et un monde intérieur vécu comme menaçant. Il aide à l'élaboration des éprouvés* ».

Comme nous l'avons vu précédemment, les identifications sont indispensables au développement identitaire du sujet. Le groupe thérapeutique offre cette possibilité d'identifications dites « *latérales* ». En s'établissant elles permettent aux sujets addicts ayant eu justement des difficultés identificatoires antérieures, de faire l'expérience d'identifications moins exigeantes que les identifications aux modèles parentaux. Certes, ces identifications ne pourront pas remplacer celles qui ont été défailtantes durant l'enfance. Elles permettront sûrement moins de progrès dans la construction ou reconstruction de la personnalité du sujet.

Néanmoins, elles peuvent apporter une base non négligeable sur laquelle peuvent s'appuyer les personnes addictes, et permettre de diminuer leurs angoisses et atténuer leur déception narcissique.

Ces identifications peuvent prendre appui sur les quatre grandes fonctions, introduites par R. KAES, caractérisant le cadre d'un groupe thérapeutique :

- La première est la **fonction contenante**. Elle permet de contenir les affects et les différents objets internes du sujet et des différents processus psychiques. Le principal serait donc que « *le cadre atteigne la stabilité pour qu'il y ait processus, mouvance et créativité* ».
- La deuxième fonction du cadre est la **fonction limitante** : elle assure la distinction entre le Moi et le non-Moi, en étant garante des limites de l'individu, tant corporelles que psychiques. Cette fonction est assimilable à une fonction de pare-excitation, capable de contenir les angoisses.
- La troisième **fonction** est appelée **symboligène** : le cadre instaure un processus de symbolisation. « *Il dit en acte ce que la règle énonce en parole* » (ROUSSILLON). C'est-à-dire que, par sa fonction limitante et sa capacité à poser un interdit, le cadre ouvre à la symbolisation : le sujet doit renoncer à la satisfaction d'un désir. Ceci engendre un refoulement des pulsions et ainsi permet l'accès au symbolique.
- La dernière fonction est la **fonction transitionnelle**. Le cadre est ici encore considéré comme une frontière entre le Moi et le non-Moi et il participe ainsi à « *l'espace transitionnel* » que décrit WINNICOTT.

Nous venons de voir comment le groupe agit dans la vie du sujet ainsi que les différents groupes que les sujets addicts traversent avant d'intégrer un groupe thérapeutique en centre de soins. Chacun de ces groupe enrichit l'identité de la personne. Mais parmi ces groupes, le sujet se rapproche de semblables avec qui il consomme des substances psycho-actives. Ces conduites addictives affectent le corps du sujet, entraînant des changements importants dans sa façon d'être au monde avec et dans son corps. Sa façon d'interagir, de vivre changent, son apparence physique change également.

Ainsi à travers tous ces changements et dans ces conditions de vie en groupe, je me suis questionnée sur la façon dont les sujets addicts peuvent « se retrouver », refonder leur identité. Durant mon stage, j'ai été entourée de cette population toxicomaniaque que j'ai vu évoluer, au sein d'un groupe, encadrée par une équipe pluridisciplinaire. Le sentiment d'être soi, d'avoir et d'être un corps semble très fragile chez ces personnes.

Je me suis alors demandée si le groupe thérapeutique en psychomotricité peut aider ces sujets souffrant d'addiction à renforcer leur identité ?

Je vais donc maintenant m'intéresser à l'apport de la psychomotricité auprès de patients souffrant d'addictions. Et pour tenter de répondre à cette problématique, j'aborderai tout d'abord, dans ma troisième partie, la notion de groupe en psychomotricité. J'évoquerai ensuite la place et le rôle de la psychomotricité au sein du CSAPA. Puis je m'intéresserai au groupe de l'atelier « médiation cheval ». Enfin, j'illustrerai mon propos à l'aide de l'étude de cas d'un résident que j'ai pu suivre au cours de mon stage, au sein de cet atelier cheval.

III LE GROUPE THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS DE SUJETS POLY- TOXICOMANES

« Dans la dynamique communautaire, la force c'est nous ; la flamme ici, c'est nous ».

(Paroles d'un résident)

Le groupe occupe une place prépondérante dans ces centres de soins en addictologie. D'une part, dans le fonctionnement qui impose aux patients de vivre en collectivité et d'autre part, de nombreuses activités sont en groupe. Les résidents ont également un nombre important de réunions, que ce soit entre eux ou avec les professionnels du centre, durant lesquelles ils sont amenés à se livrer, à parler de leur quotidien, de l'organisation de celui-ci, des éventuelles tensions, ils doivent réfléchir ensemble, discuter... Ils sont donc très sollicités mentalement, sur le plan de la réflexion, de la mise en mots. La psychomotricité vient prendre une place particulière dans ce quotidien. En effet, des ateliers de psychomotricité sont également organisés en groupe. Mais ils offrent des temps particuliers aux résidents, comme une « parenthèse », lors de laquelle ils peuvent prendre soin d'eux, penser à eux, être présent à leur corps, sentir et être un corps.

Les conduites addictives et la consommation abusive ont provoqué chez le sujet un désinvestissement de son corps. En consommant il oublie son corps, l'anesthésie, ou cherche à vivre des sensations fortes. Mais dans cet endormissement du corps ou cette recherche de sensations, les toxicomanes n'élaborent pas, évitent de penser ou de mettre en mots. Ils sont dans une « *dialectique recherche de sensation / évitement des émotions* » (S. CARTON). Au fil des années de consommation, le corps est devenu un lieu d'absorption, d'injection, de marquages, de piqûres, voire même de blessures et de violences. Le corps est abîmé, négligé. On voit apparaître cette rupture entre le corps et l'esprit du sujet. Paul, résident du centre, exprime lors d'une séance de relaxation que « *ça fait prendre conscience de tout le corps, des détails auxquels on ne fait pas attention. Je n'avais qu'un esprit jusqu'à il y a deux ans* ».

La consommation de substances psycho-actives amène des sensations fortes dans le corps du sujet, ce qui, en quelque sorte, le fait exister. Mais ces sensations sont brutes, elles ne sont pas élaborées, non représentées.

L'intervention de la psychomotricité est donc intéressante dans la problématique addictive, permettant au sujet une prise de conscience de son corps. Après être parvenu à reprendre conscience de ses sensations, le sujet, avec un étayage suffisant, peut tenter de se

représenter ses vécus, mettre des mots dessus. Ainsi, il pourra aller vers un réinvestissement du sentiment d'être soi, d'exister. Il pourra se tourner vers les autres, interagir et s'investir dans des relations. Je vais donc aborder la notion de groupe en psychomotricité pour ensuite m'intéresser à la place de la psychomotricité en addiction. Je finirai ensuite par aborder la notion de médiation en psychomotricité pour introduire l'atelier « médiation cheval » auquel j'ai participé durant mon stage.

1 La notion de groupe en psychomotricité

« *Les groupes de psychomotricité peuvent avoir pour projet essentiel la relation, une relation médiatisée par toutes les activités corporelles que suppose la pratique psychomotrice* ». (C. POTEL)

Pour C. POTEL les groupes thérapeutiques en psychomotricité proposent un espace transitionnel. L'activité ou la médiation en question va faire la transition entre soi et les autres, en s'appuyant sur toutes les situations pouvant utiliser le corps comme vecteur d'expression.

Le travail thérapeutique groupal en psychomotricité donne un espace de « parole corporelle » aux résidents, qui sont encore dans l'acte, l'agir permanent, qui est « *en deçà d'un travail d'élaboration et d'intégration secondarisé* » (C. POTEL). Lors de ces temps de groupe, le psychomotricien va pouvoir évaluer le comportement des résidents ainsi que ses difficultés concernant les relations qu'il entretient avec les autres (résidents ou professionnels).

La notion de groupe, en référence à D. ANZIEU, fait appel à la peau et l'enveloppe groupale. Cette enveloppe fait tenir les membres ensemble. Si celle-ci n'existe pas, il s'agit d'un agrégat humain. Le corps a une peau qui renvoie à la problématique relationnelle et identitaire. En effet, la peau est l'interface entre le dedans et le dehors et soutient l'intégration de la différenciation de soi et autrui. C'est un organe de communication et de trace émotionnelle ; « quand je touche quelque chose, je suis touché en retour ». Le groupe a donc aussi une enveloppe, ayant les mêmes propriétés que la peau : selon ANZIEU, les deux faces interne et externe du groupe lui permettent d'une part de le protéger de l'extérieur et d'autre part, en « *mettant en œuvre un Soi psychique, [lui] permettent la circulation fantasmatique et identificatoire* » (ANZIEU cité par C. CALECA).

ANZIEU souligne dans « Le Moi-Peau » l'importance des fonctions de la peau dans la construction identitaire : la **contenance**, la **maintenance**, qui procurent un **sentiment de continuité de soi**. Le groupe, grâce à cette enveloppe, contient des règles implicites,

explicites, des rites, des convictions... qui organisent la vie du groupe. Cette enveloppe groupale encadre les paroles, les actions, les pensées. Elle joue le rôle d'une **barrière protectrice**. C'est grâce à la place du thérapeute qui est garant du cadre, que cette fonction de barrière protectrice peut se créer dans le groupe. Ceci permet donc aux résidents de se livrer à un travail corporel et de pouvoir s'exprimer sur leurs vécus et leurs ressentis en toute sécurité.

Le groupe a également une fonction socialisante et ouvre une porte à la relation. Mais ceci n'est possible encore une fois que si le psychomotricien garantit un cadre et un espace sécurisant et contenant. *« L'aspect socialisant du groupe étant peut-être d'abord et avant tout, l'acceptation progressive du cadre, conteneur d'affect et symboligène et lieu également des enjeux identificatoires favorisant les processus de changement et de transformation des représentations psychiques de chacun »* (D. COURBERAND).

Ainsi, l'objectif thérapeutique principal d'un travail de groupe en psychomotricité serait de contenir et transformer l'agir et l'excitation, dans et par le corps.

2 Place et rôle de la psychomotricité au sein du CSAPA

2.1 Prise en charge psychomotrices de groupe

L'être humain se développe selon deux axes : objectal et narcissique (P. JEAMMET). **L'axe objectal** s'explique par le fait que pour construire sa personnalité, il faut se nourrir de l'apport des autres, de la relation avec l'autre. Ainsi, proposer des ateliers en groupe va permettre aux sujets de prendre appui sur les autres, se nourrir des interactions et trouver en l'autre un modèle. Mais en même temps, pour être soi, on ne peut que se différencier de l'autre. **L'axe narcissique** soutient cette différenciation. Donc on se nourrit et se construit grâce aux échanges avec les objets investis et par ailleurs on n'existe qu'en se différenciant. Un certain antagonisme ou une **contradiction** est possible entre ces deux axes. Pour éviter que l'enfant ressente cette contradiction, il faut qu'il y ait adéquation entre ses besoins et les réponses de son environnement. Dans le cas contraire, cette contradiction se fait sentir trop brutalement, l'enfant peut se rendre compte de son « impuissance » et de sa dépendance à l'égard de son environnement qui apparaît comme incompréhensible à ses yeux, ne se révélant pas comme la réponse à ses besoins.

L'addiction semble venir proposer une solution pour résoudre ce conflit entre l'axe objectal et l'axe narcissique. Elle empêche le sujet d'être dépendant de l'autre, de son environnement. Cette dépendance pouvant être vécue comme un pouvoir que l'autre exerce

sur le sujet, se révèle donc menaçante pour son identité propre. Le sujet tente alors de protéger son identité en ayant recours à un **objet externe**.

Ainsi, l'institution et l'équipe professionnelle sont là pour proposer un espace ayant pour objectif la création de limites faisant défaut chez le patient. Par la création de ces limites, on va favoriser la reprise d'échanges relationnels, de prises de contact entre le sujet et les autres, sans que ceux-ci ne soient vécus comme intrusifs, menaçants pour son identité. La vie en collectivité et les ateliers de groupe vont permettre d'offrir un espace nouveau où peuvent se nouer des relations, dont le sujet a besoin. Mais ce faisant d'une manière tolérable pour lui.

La prise en charge psychomotrice en groupe va pouvoir créer ces conditions d'une relation possible, notamment en introduisant des **médiations**, qui rendent justement tolérables ces interactions. L'atelier « médiation cheval » par exemple, permet d'aborder cette problématique relationnelle, tant dans les échanges humains (avec les autres résidents, les professionnels), que dans les échanges avec l'animal. L'alternance de travaux individuels où chaque résident a son propre cheval et de travaux de groupe avec un seul cheval permet une entrée dans la relation progressive, qui peut s'avérer plus facile avec le contact animal. Le cheval peut aussi servir de **tiers** dans la relation interindividuelle. (Cf. Partie 3.1. La médiation).

Par ailleurs, un des intérêts d'une prise en charge en psychomotricité est de proposer un **espace individuel**, dans une enveloppe groupale. Le thérapeute invite le sujet à se recentrer sur lui, sur ses vécus, ses sensations et ses perceptions, sans être sous les effets de la drogue.

Au sein de l'atelier relaxation notamment, le sujet est amené à prêter de nouveau attention à son corps, à se mettre à l'écoute des sensations corporelles qui le traversent. En faisant référence à la définition du mot « *relaxation* », il est intéressant de faire le lien avec la problématique corporelle du sujet addict. En effet, initialement le terme « *relaxation* » signifiait « *pardonner* ». De plus, cette signification perdue dans l'expression juridique « *relaxer* », qui signifie en fait « *remettre en liberté* ». Souvenons-nous de l'étymologie du terme « addiction » qui fait référence à un assujettissement à la substance, une sorte d'esclavagisme qui aliène corps et esprit à l'objet.

Ainsi, la relaxation, en référence à ces étymologies, pourrait permettre la libération du corps du sujet de cet assujettissement aux produits psycho-actifs.

En outre, la relaxation n'est pas seulement centrée sur l'aspect corporel et somatique. En effet, en passant par un travail corporel, la relaxation vient mobiliser le psychisme. Par la

recherche d'une détente corporelle, le sujet peut tendre vers une détente psychique, un apaisement des tensions psychiques. Michel nous fait part de son vécu lors d'une séance de relaxation : « *J'ai tout lâché, je me sens reposé, lourd. Mais aussi dans ma tête, je me suis vidé de mes pensées négatives* ». P. BRENOT explique que le corps humain n'est pas seulement constitué d'organes, il est également composé d'une structure psychique, qui produit des symptômes, des signes, des émotions. Il ajoute en ce sens que « *la relaxation n'est pas un simple exercice physique, elle est une mobilisation de l'esprit, une ouverture sur l'appareil psychique qui peut permettre sa compréhension et participer d'autant mieux à son équilibre qu'elle engage aussi par le corps* ». En psychomotricité, on passe par un travail corporel pour venir mobiliser le psychisme.

Enfin, ce travail de relaxation proposé aux résidents est plutôt qualifié de **conscience corporelle** : ils sont invités à constater, observer ce qu'il se passe dans leur corps à l'instant présent, en fonction de leur état émotionnel du moment. On les accompagne dans leur ressenti et leur vécu, en essayant de les amener à sentir comment certaines émotions ou états se traduisent dans leur corps.

Proposer cet atelier en groupe permet de porter et soutenir les résidents dans leurs ressentis. C. BERTIN s'intéresse à deux dynamiques dont l'enfant a besoin dans son développement, comparables à deux dynamiques caractéristiques du groupe :

- **Une dynamique de soutien** : dans un groupe les membres doivent se sentir écoutés, reçus et soutenus.
- **Une dynamique d'appui** : elle permet aux individus au sein d'un groupe de venir livrer, déposer leurs vécus internes tout en s'appuyant sur cet espace de groupe, pour ensuite « aller vers ». Ceci permet d'aller vers la découverte, l'expérimentation.

Malgré ces aspects du groupe pouvant porter et soutenir le sujet dans son évolution, j'ai pu observer, durant mon stage, certaines limites que présentent parfois le groupe auprès de cette population.

2.2 Limites du groupe et prises en charge individuelles

Les ateliers de groupe des centres de soins sont obligatoires. Ils font partie du contrat de soins qui est mis en place et signé par le résident à son admission. Néanmoins, il arrive que ces situations de groupe provoquent un certain mal-être chez des résidents. La première situation que je souhaite aborder se déroule lors d'une séance de relaxation (atelier de groupe dont j'ai pris le relais en janvier, après trois mois d'observation). Il s'agit d'une des premières

séances que j'ai animée seule. Suite à l'arrivée de plusieurs nouveaux résidents dans la structure, le groupe est plus conséquent que d'habitude. Je me rends vite compte que cela ne favorise pas le bon déroulement de l'atelier : il est difficile pour chacun de se créer son propre espace, sa « bulle » afin d'entrer sereinement dans un travail corporel pour soi, au sein du groupe, en respectant l'espace de chacun. Je constate un empiétement des espaces, le non respect des temps de parole, un manque d'écoute, de l'agitation. Malgré mes tentatives de canaliser ces tensions et agitations, il ne m'est pas possible de garantir un cadre sécurisant dans ces conditions. Je décide alors avec la psychomotricienne de séparer le groupe en deux pour les séances suivantes.

Le psychomotricien qui anime un groupe doit **séquencer le temps** et **organiser l'espace**, afin que chacun puisse trouver sa place, pour ensuite **faire « un »** dans le groupe (A.-M. LATOUR). Dans une dynamique de miroir, d'imitation, le sujet fait des allers-retours entre soi et l'autre. Comme nous l'avons vu précédemment, nous nous construisons en appui sur les autres et en se différenciant des autres. L'autre est perçu comme un support mais n'est pas confondu avec moi. C'est pour cela que chacun a sa place, son espace, son temps de parole. Tant au niveau temporel que spatial, le travail du thérapeute quant au cadre du groupe est de marquer ces places. Les résidents n'ont pas à les créer eux-mêmes, ils peuvent venir en occuper une, pensée par le thérapeute, qui leur est déjà disponible et destinée. C'est au thérapeute ensuite de la maintenir, avec un processus d'étayage autour d'une différenciation de chacun.

C'est donc en faisant le choix de diviser le groupe en deux, que j'ai pu de nouveau assurer ce séquençage du temps et de l'espace pour maintenir un cadre **sécurisant, fiable**, dans cet atelier où le corps est mis en jeu.

J'ai pu constater d'autres limites que présente le groupe, notamment dans ce travail corporel.

Pour Guy notamment, il est très difficile de prêter attention à son corps. Sans qu'il le formule, il est possible de percevoir chez lui une gêne quand il met son corps en action devant les autres, lorsqu'il est soumis aux regards des autres. Un certain **mal-être corporel** est notable chez ce résident. Ainsi, s'adonner à un travail où on l'invite à prêter attention à ce corps qu'il cherche à dissimuler, voire oublier, apparaît extrêmement délicat et compliqué.

Certains résidents sont également en proie à des **vécus corporels encore douloureux**, parfois ressentant encore des phénomènes de « craving », ou bien sentant des douleurs

somatiques de ce corps qui se réveille, après l'arrêt des consommations. Ainsi, entamer ce travail corporel associé à la position allongée, l'immobilité, la nécessité de rester présent aux inductions verbales, l'écoute de soi et de son corps peut réveiller de fortes **angoisses**. En effet, ce travail immobile et allongé au sol peut provoquer un sentiment de passivité, voire de soumission. Ce silence, cette mise en arrêt de l'agir peut laisser surgir des angoisses sous-jacentes, peut-être pré-existantes. Les sujets peuvent ainsi avoir une appréhension à se retrouver confrontés à l'intensité de leurs angoisses, le cas échéant non intériorisées.

Enfin, la dernière difficulté que j'ai pu relever lors d'ateliers en groupe concerne **l'intégrité de l'identité individuelle**. Certains ne sont pas en capacité de se détacher des autres, de leurs vécus. C'est comme s'ils se confondaient dans les vécus des autres membres du groupe, en répétant des paroles entendues juste avant, ou en répétant les termes que la psychomotricienne ou moi-même employons dans nos questions pour étayer leur parole. D'une certaine manière, cette force qu'exerce le groupe sur ces sujets les empêchent de réellement s'adonner à un travail individuel, leur permettant de se recentrer et se concentrer sur leurs propres vécus. Ils ne parviennent pas à mettre des mots sur leur vécu, de façon incarnée et authentique. Ils « calquent » leurs mots sur ceux des autres, il y a un risque de confusion entre soi et l'autre. Il y a la possibilité également de vouloir combler le vide, le peu de repères internes sur lesquels le sujet peut s'appuyer. Le discours de l'autre le renseigne sur ce qu'ils vivent et qu'ils sont dans l'incapacité d'identifier et verbaliser. Il y a une difficulté à se relier à soi car les ressentis restent à l'état brut et sont donc non identifiables car non transformés (comme ce que fait la mère avec son bébé, grâce à la fonction alpha que décrit BION). Cela révèle la fragilité de l'identification du sujet qui se révèle être plutôt du « collage », qui fragilise également son propre sentiment d'individuation.

Dans ces situations, il est possible de proposer à ces résidents un rendez-vous individuel avec la psychomotricienne. Ceci permet d'abord de faire le point sur l'évolution de la personne. Il s'agit de la séance durant laquelle la psychomotricienne effectue le **bilan psychomoteur** (elle rencontre chaque résident au moins une fois pour leur faire passer une évaluation psychomotrice). Le bilan permet une première rencontre duelle, lors de laquelle la psychomotricienne peut apprendre à mieux connaître la personne qui parle de son histoire de vie. Ce bilan permet en outre d'observer ses capacités et de déceler d'éventuelles difficultés.

À l'issue de ce bilan et de cette rencontre, la psychomotricienne décide, avec le patient, si une prise en charge psychomotrice individuelle serait adaptée et préconisée.

Souvent on constate que le sujet ne se comporte pas de la même manière lorsqu'il est en groupe, même s'il s'agit du cadre de groupe thérapeutique, il est toujours soumis aux

regards des autres. Seule avec la psychomotricienne, il est fréquent que la personne se livre un peu plus. Ceci est possible aussi grâce à des questions semi-dirigées de la thérapeute dans l'entretien afin d'amener le patient à s'ouvrir davantage. Même s'il arrive souvent qu'à l'évocation de leur histoire de vie, ces sujets se ferment. Car ils ont pour la plupart vécu des choses très difficiles qui se révèlent encore douloureuses, et la confrontation à eux-mêmes est difficile. C'est donc en créant une **alliance thérapeutique** et parfois grâce à une prise en soins individuelle que la psychomotricienne pourra mieux accompagner le patient et proposer des séances plus adaptées à la problématique du patient que les prises en charge en groupes.

Je vais maintenant m'intéresser à l'intérêt de cette prise en charge groupale en psychomotricité au sein de l'atelier « médiation cheval ». Pour cela, je vais d'abord aborder la notion de médiation en psychomotricité ainsi que la spécificité d'un médiateur vivant.

3 Le groupe de l'atelier de médiation cheval

3.1 La médiation en psychomotricité

3.1.1 Définition

Le Larousse donne deux définitions de *médiation* nous intéressant : « *entremise, intervention destinée à amener un accord* » et le « *fait de servir d'intermédiaire* ». Un point commun existe entre ces définitions : le fait *d'être entre*. C. POTEL (2006), le résume ainsi : « *Médiation : Mettre d'accord. Intermédiaire. Processus créateur.* » Selon F. GIROMINI, la médiation est une « *technique qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder* ». Elle ajoute que sa principale qualité est sa qualité **relationnelle**. Il s'agit donc, au sens thérapeutique, d'un **médiateur de la relation à l'autre**.

Le médiateur est présent dès les premières années de la vie du bébé, dans les relations précoces. En effet, GIROMINI explique que la mère va avoir une fonction de médiateur en jouant un **rôle de miroir** : elle reflète ou imite les émotions du nourrisson et les lui renvoie en retour, sans les ressentir vraiment et en les représentant. Puis, la deuxième fonction de la médiation apparaît : l'enfant s'approprie le médium et peut ainsi créer lui-même son propre environnement en utilisant des objets médiateurs. Il s'appuie pour cela sur la relation qu'il a eu avec son environnement. En ce sens, R. ROUSSILLON dit que « *la réalité psychique n'est pas immédiatement saisissable, pour se l'approprier le sujet a besoin de se la donner en la matérialisant dans un "medium" suffisamment malléable pour en accueillir la forme*

sensorielle et permettre de la travailler pour en produire une forme symbolique ». Ainsi, le sujet pourra lui donner du sens.

En psychomotricité, cet **objet médium** va venir s'interposer entre le thérapeute et le patient. Il constitue un **objet d'attention conjointe** et vient faire **tiers** dans la relation. La médiation fait donc référence à la notion « *d'espace transitionnel* » de WINNICOTT.

Au sein d'un groupe, cette médiation, qu'elle soit corporelle ou faisant intervenir un objet, propose un espace « entre », un objet commun à créer et partager. Elle fait office de « *témoin de la relation existante entre les membres d'un groupe* » (C. POTE, 2006).

Il est alors nécessaire de se poser certaines questions avant d'utiliser une médiation. Pourquoi utiliser cette médiation plutôt qu'une autre ? Cette médiation peut-elle avoir des objectifs thérapeutiques ? Quels axes de travail peuvent être abordés grâce à cette médiation auprès des personnes toxicomanes ?

Il est nécessaire que le psychomotricien soit à l'aise et au clair avec cette proposition de médiation. Le choix de la médiation est influencé par la demande des patients, leur trouble, leurs besoins. Cela influe sur la façon dont on va penser l'atelier et ses objectifs thérapeutiques. Il faut donc bien connaître les enjeux de la médiation, s'assurer que celle-ci soit suffisamment investie par les patients pour que ce qui en résulte devienne thérapeutique.

Une alliance thérapeutique pourra alors se construire autour de ce médiateur dans la rencontre du patient et du thérapeute.

3.1.2 Spécificité d'un médiateur vivant

« *L'animal est à la fois jeu, confident, régulateur des émotions* » (F. BEIGER).

Le médiateur animal est un système complexe parce qu'il est vivant. Selon F. BEIGER, celui-ci peut aider le sujet en lui apportant :

- le rire par son comportement et sa complicité avec le sujet. Il peut lui apporter le sens de l'humour ou l'aider à le retrouver. Ces comportements participent à ramener la bonne humeur ;
- de l'affection, de l'attachement voire de l'amitié. L'animal ne laisse pas la personne indifférente. Il peut même aider à faire face à une certaine solitude, un isolement dont souffrent souvent les personnes toxicomanes ;
- une revalorisation, de se retrouver, retrouver son « moi » et son identité face à

l'animal. Il peut aussi participer à canaliser les émotions du sujet, avec l'aide du thérapeute ;

- une aide dans la prise d'indépendance, le cheval vient faire tiers dans la dépendance (à l'autre, au produit) ;
- un support pour apprendre ou réapprendre à imiter et (re)construire une empathie.

Le fait que le médiateur utilisé soit vivant implique également le psychomotricien dans sa corporéité. En effet, ce dernier doit tenter d'anticiper les réactions que peut avoir le cheval, par rapport à son état du moment, en fonction de ce que font les résidents. Selon C. POTEL (2006), le psychomotricien s'engage non seulement au niveau fonctionnel mais également au niveau émotionnel. Il est important d'en être conscient car cela donne accès au sentiment d'être présent à soi, existant par et pour soi dans la relation à l'autre (cheval ou résident). L'un des points d'appuis de travail du thérapeute est son propre engagement corporel, dans ses mouvements. Le psychomotricien « *est intéressé à un double niveau par le vécu corporel : le sien, celui de son patient. Il ne lui est pas suffisant d'être un bon technicien. Si sa créativité est engagée à part entière, elle l'est, non pour son propre bénéfice, mais au service de celle de son patient.* » (C. POTEL, 2006)

Ainsi, par et dans son corps, le thérapeute est pleinement investi dans l'atelier, en étant garant du cadre. Ce qui implique de savoir aussi gérer l'animal, mettant en jeu sa propre corporéité en réponse à celle du cheval. Il est aussi face à ses propres réactions ainsi qu'à celles du cheval.

Par ailleurs, le cheval a une fonction de miroir, c'est-à-dire que ce dernier répond en fonction des réactions du résident et donc met en lumière l'état émotionnel du résident. Nous intervenons à ce niveau là en faisant une lecture corporelle du cheval, qui nous donne des indications sur l'état corporel et psychique du patient : « *la médiation que nous choisissons nous aide dans notre écoute et nos observations. La médiation a un effet loupe, elle met en relief certains aspects du patient, qui nous intéressent particulièrement* ». (C. POTEL, 2006)

Il existe un dernier aspect de la médiation avec un animal que je souhaite évoquer et que j'ai pu observer lors de mon stage. Il s'agit des résidents de la communauté thérapeutique, qui participent volontairement à l'atelier qui n'est pas obligatoire. Le groupe est donc fixe et les résidents évoluent dans un rapport bienveillant, stable et permanent.

Dans ce cadre, un point intéressant a été mis en lumière : l'animal, le cheval, ne juge pas les résidents. Parfois le regard des autres peut être très pesant pour les résidents. Parfois

même, des « étiquettes » leur sont attribuées, par les autres résidents voire par l'équipe, en fonction de ce qu'ils laissent à voir d'eux-mêmes au sein du centre. Avec le cheval, ils peuvent se permettre de s'ouvrir, se livrer, être peut-être plus naturel, sans recevoir de jugement.

C'est le cas de Billy, qui reste plutôt discret et dans son coin au sein du centre. Il avance tranquillement dans son parcours de soin, sans faire de « vague », sans se faire remarquer. Mais il y a une part de lui qu'il ne montre pas lorsqu'il est dans l'institution. En effet, lors de l'atelier cheval, Billy se fait entendre, s'impose face au cheval, s'ouvre davantage. La psychomotricienne lui demande un jour pourquoi il ne montre pas cette part de lui au centre, Billy lui répond simplement : « *Parce que le cheval ne me juge pas, lui* ».

3.2 Présentation de l'atelier cheval

3.2.1 Cadre spatio-temporel

Le **cadre** est une notion indispensable en thérapie psychomotrice. En effet, le cadre est ce qui limite, ce qui borde, ce qui contient. Il possède différentes caractéristiques et fonctions.

Le cadre présente des propriétés matérielles/physiques et psychiques. C. POTEL (2010) a notamment théorisé cette notion du cadre ; elle définit le cadre comme ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée, un espace.

Tout d'abord elle décrit certaines conditions matérielles :

- **L'espace** : ce lieu doit pouvoir accueillir les excitations, les plaisirs procurés par les mouvements et les gestes. Il est le réceptacle d'expériences sensorimotrices où le patient « *peut se vivre dans son corps* » (POTEL, 2010).
- **Le temps** : la séance, pour accueillir toutes ces expériences corporelles doit durer suffisamment longtemps. Il faut également une régularité dans le temps, sur la fréquence des séances pour qu'elles deviennent des repères.
- **Le matériel** : choisi selon la sensibilité du thérapeute, offre différents supports aux intégrations, expérimentations et à l'imaginaire.
- **L'encadrement** : le psychomotricien travail seul, en binôme ou en équipe.
- **Le fonctionnement institutionnel** : le cadre thérapeutique de cette médiation s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, nécessitant une cohérence de fonctionnement et de pensée.

Le cadre implique aussi un certain nombre de règles : interdit de se faire mal, de faire mal, de casser ou endommager le matériel.

Enfin, le cadre est aussi de nature psychique. Il est le projet thérapeutique du psychomotricien : offrir la possibilité au patient de s'exprimer librement, exprimer ce qui l'envahit trop dans son monde interne, notamment les affects non représentables ou insupportables. Ce qui ne peut se symboliser et qui empêche de mettre à profit l'intelligence et la pensée. En offrant une contenance corporelle, le psychomotricien soutient les patients, qui dans la problématique addictive, ont souvent une capacité de mise en lien, d'élaboration et de régulation des émotions très fragile. Le thérapeute va mettre à profit sa capacité à contenir ce qui les déborde, les envahit, ce qui n'est pas organisé, lié.

Dans les difficultés identitaires, la problématique des limites est souvent présente. Celle-ci va justement se projeter assez directement sur l'espace thérapeutique où le patient peut bouger, faire, s'exprimer.

Ainsi, « *la capacité à contenir autant dans les mots que dans le corps est fortement sollicitée chez le thérapeute dans ces espaces thérapeutiques d'expression du corps* » (C. POTEL, 2006).

L'atelier « cheval » se déroule dans un centre équestre extérieur à la structure, dans une autre ville. Il a lieu tous les jeudis après-midi, toujours à la même heure. Les résidents retrouvent les mêmes chevaux chaque jeudi et finissent leur atelier par une « pause café » qui conclue la séance. Ainsi, cet atelier est bordé par ce cadre thérapeutique à la fois souple et solide. Il est intéressant de constater l'effet qu'a cet atelier, décrit par les résidents, de « parenthèse » ou de « pause » dans leur quotidien ; du fait du changement de lieu (un endroit différent de leur lieu de vie), d'être plongé dans un univers animal, à la campagne. Ils en oublient pendant un temps leurs tensions, leur quotidien difficile à supporter. On retrouve cette idée que le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps et dans une pensée.

3.2.2 Les différents acteurs de l'atelier et ma place de stagiaire au sein de ce groupe

Cet atelier est co-animé par la psychomotricienne et l'instructeur équestre du centre. Cette articulation dans l'animation des séances est très intéressante car elle permet de croiser les regards et les différentes connaissances des professionnels. L'instructeur équestre apporte

un savoir sur les chevaux, sur leur façon de fonctionner par rapport à l'espace, leur prise de contact, leurs capacités d'intégration d'informations de l'environnement, leurs réactions, leurs comportements... Il veille à la sécurité des résidents en gérant son groupe de chevaux et en tenant le cadre en permanence.

La psychomotricienne, elle, gère le groupe des résidents. Elle est aussi garante du cadre et s'assure de contenir les éventuels débordements, les excitations, ou les émotions envahissant les résidents. Elle les accompagne dans les exercices proposés en les guidant dans ce qu'il faut faire, tout en laissant le champ libre à l'expérimentation.

Il se produit comme une traduction entre le langage de l'instructeur équestre (très tourné vers les chevaux et employant des termes propres au monde équestre) et le langage de la psychomotricienne qui traduit ces paroles aux résidents pour que cela leur soit compréhensible, accessible. Cela permet aux résidents de recevoir une transmission qu'ils sont dignes de recevoir. Cette transmission est une autre façon de les nourrir. Il y a également une articulation entre les acteurs. Ceux-ci effectuent aussi un travail de traduction corporelle : l'instructeur équestre traduit les comportements et les réactions corporelles des chevaux et la psychomotricienne, en lisant ces comportements sur le cheval peut effectuer une lecture corporelle des réactions, des attitudes, des postures, du tonus des résidents. Elle aide les résidents à mettre en mots leurs impressions, émotions, sensations.

Il s'agit de tout un travail autour du dialogue tonico-émotionnel entre les chevaux et les résidents, entre les résidents eux-mêmes, entre les résidents et les professionnels et entre les professionnels et les chevaux.

Dans ce contexte de jeux relationnels complexes, lors des premières séances, je me sentais un peu perdue et je ne parvenais pas à trouver le positionnement adéquat. En tant que stagiaire, je ne voulais pas trop m'imposer dans le binôme psychomotricienne/instructeur équestre, tout en ayant envie de m'impliquer auprès des résidents.

Au fil des séances, j'ai moi-même expérimenté les exercices proposés, ce qui m'a permis de passer par l'expérience et ainsi de mieux saisir l'intérêt de ces exercices. J'ai occupé une place d'observatrice qui quand il le fallait, intervenait. Parfois, l'instructeur équestre et la psychomotricienne proposaient des exercices en individuel : un résident avec son propre cheval. Cela me permettait de me rapprocher de certains des résidents afin de les accompagner individuellement dans l'exercice. D'autres fois, je participais à des exercices de groupe, où l'on travaillait tous ensemble avec un cheval, permettant un étayage, un accompagnement dans un « faire avec/ensemble ».

J'ai donc pu trouver ma place progressivement dans cet atelier présentant une certaine

complexité notamment quant au nombre important d'acteurs qui interviennent.

3.3 Les axes de travail en psychomotricité dans le cadre de la médiation cheval

Une problématique ressort chez beaucoup de personnes souffrant d'addiction : celle d'avoir des difficultés à prendre soin d'eux et soin des autres. Beaucoup d'entre eux expriment une volonté de prendre soin de quelqu'un, quelque chose et la majorité ont l'envie de parvenir à mieux gérer leurs émotions. Cet atelier a donc été mis en place pour répondre à cette demande, grâce à la découverte et la rencontre d'un animal, en lien avec un travail corporel qui leur permet de se centrer sur eux, leur corps et leurs pensées. Cet atelier est également lié à l'accompagnement éducatif dans la diminution des consommations visant entre autre à la découverte de nouvelles sources de plaisir.

Trois axes sont abordés dans le travail en psychomotricité lors de cet atelier : prendre soin de soi en prenant soin d'autrui, la gestion des émotions et la relation à l'autre (animal et humain). Ces axes de travail sont déclinés selon des objectifs tels que se respecter soi et respecter l'autre, instaurer une relation de confiance avec le cheval, développer la confiance en soi et en l'autre (animal et humain), travailler sur le processus d'attachement, se repérer dans l'espace et le temps dans un nouvel environnement.

3.3.1 Prendre soin de soi en prenant soin d'autrui

Un des axes de travail en psychomotricité dans l'atelier « cheval » est celui de « **prendre soin** », de l'autre et de soi. Les résidents, lors de cet atelier, sont amenés à prendre soin des chevaux, en les nettoyant, les nourrissant, les faisant travailler ou se dégourdir hors de leur box, au près... Un exercice en particulier aborde cette notion de « prendre soin » : le pansage. Il peut se faire au box ou dehors avec le cheval attaché ou encore au près avec le cheval en liberté. Il est intéressant de faire expérimenter ces trois façons aux résidents pour qu'ils s'acclimatent au cheval dans différents contextes et s'habituent à être en sa présence. La dernière manière, « en libre », est intéressante par rapport à cette notion de « prendre soin ». Car si les soins apportés au cheval ne lui sont pas agréables, ce dernier va partir et s'éloigner de la personne. Donc le résident doit s'adapter, s'ajuster, être à l'écoute du cheval, observer le plus finement possible les réactions que ce dernier peut avoir lorsqu'il touche telle ou telle partie du corps. Il peut ainsi remarquer les zones corporelles qui sont plus sensibles, les zones

où il aime être pansé, les zones à éviter...

Le résident peut alors constater qu'apporter des soins à l'autre, faire attention à l'autre en en prenant soin, peut procurer du **plaisir**, du **bien-être**. En général, le résident est content et fier de constater qu'il aura pu panser le cheval pendant un long moment, jusqu'à ce qu'il soit propre et beau, sans que ce dernier ne parte et même manifeste des signes de bien-être.

Cela fait écho à la façon dont les résidents peuvent prendre soin d'eux-mêmes. Dans ces soins naît un plaisir réciproque. Et cette réciprocité est importante à vivre. Elle peut renvoyer à la qualité des soins précoces du sujet. Dans ce plaisir partagé, les sujets constatent qu'ils peuvent donner du « bon ». Ils peuvent ainsi prendre appui sur cette expérience pour (de nouveau) avoir l'envie de prendre soin d'eux.

Durant ces années de toxicomanies, ces sujets ont fait subir à leur corps des intrusions (injections, absorptions, marques, piqûres, violences...). Cet atelier de médiation cheval permet un travail autour du corps du cheval, qui peut servir de miroir pour le corps du sujet, en abordant le schéma corporel, les postures, les réactions émotionnelles dans le corps. En conjuguant les autres ateliers favorisant une prise de conscience corporelle (notamment la relaxation), les sujets sont amenés à prêter de nouveau attention à leur corps. Cela peut être douloureux et difficile, ils constatent les dommages que leur corps a subi. Ainsi, passer par le médiateur du cheval permet de faire tiers dans cette relation du sujet à son corps. Le cheval vient médiatiser ce rapport au corps : en amenant du « bon », en faisant du bien au cheval, ils peuvent retrouver une meilleure image d'eux-mêmes, une image valorisante pouvant contribuer à ce qu'ils s'aiment davantage. Par répercussion, ils auront plus envie de prendre soin d'eux. Grâce à ces exercices de pansage durant lesquels les résidents prennent soin de leur cheval, ils peuvent retrouver l'envie de prendre soin d'eux-mêmes, de se soigner, d'avoir une meilleure hygiène de vie, qui commence par la diminution voire l'arrêt des consommations.

On rencontre parfois des cas d'incuries chez certains résidents. Cela révèle au contraire des « mauvais soins ». Ces exercices les amenant à donner de « bons soins » peuvent donc être des médiateurs facilitant l'abord de ces problèmes d'hygiène corporelle, liés à une mauvaise estime de soi.

Ainsi, c'est en passant par le champ de la sensorialité, de la rencontre avec le cheval, que le résident pourra se mettre à l'écoute de ses propres éprouvés sensoriels : *« Être à l'écoute des éprouvés sensoriels, dans le champ de la conscience et de la volonté, n'est pas forcément simple. On peut passer à côté de petites choses, souvent tellement minimes qu'elles demeurent inaperçues. La médiation sert à donner une forme à ces toutes petites choses, dans*

notre regard de thérapeute, puis chez le patient par effet de ricochet. » (C. POTELE, 2006).

Le fait de prendre soin de soi implique l'envie de le faire. Et cette envie ne peut exister que si le sujet a une certaine estime de lui-même. Or cette estime de soi fait souvent défaut chez les sujets toxicomanes. Ils ont souvent un manque de confiance en eux pouvant se faire sentir dans les exercices de positionnement, lorsqu'ils doivent demander de faire quelque chose au cheval. Ils doivent s'imposer face à cet animal grand et puissant, montrer que c'est eux qui décident. Or souvent, on voit de l'hésitation, un manque d'assurance, qui se solde parfois par un abandon de l'exercice. Donc réussir à panser le cheval en libre en créant une relation, ou réussir un exercice de positionnement en créant une relation avec le cheval, procure un sentiment de fierté chez les résidents. D. DELAPALME explique en effet que les deux principales difficultés chez les personnes dépendantes sont une anxiété constante qu'elles ne parviennent pas à gérer et une mauvaise estime de soi. Ainsi, « *Le contact avec le cheval améliore la capacité à faire face à cette anxiété et à la vivre, car malgré leur inexpérience, la taille et la puissance du cheval, elles parviennent à une coopération ; elles ont accompli quelque chose d'important ; de plus, il s'est passé quelque chose entre elles et l'animal, cela leur procure un sentiment de contentement, et la confiance en soi remonte* ». (D. DELAPALME).

Lors de ces exercices, c'est en développant leurs capacités d'observation et d'attention que les résidents pourront établir une relation avec le cheval, qui facilitera la réalisation des exercices. Ils doivent trouver des solutions, des techniques, des ajustements, qui fonctionnent pour eux, à cet instant, avec ce cheval. L'instructeur équestre a illustré ceci avec cette phrase : « *On peut être maladroit, un peu brut, ou trop hésitant, mais on ne peut pas ne pas y être* ». C'est-à-dire qu'il n'y a pas une bonne façon de faire et des fois certains résidents peuvent nous paraître trop brusques ou mal assurés avec le cheval, mais cela ne signifie pas que ce n'est pas ajusté. Le cheval est le mieux placé pour nous le montrer : parfois il reste, car le résident est bien présent dans la relation avec lui. Quelque chose se passe, un lien s'établit entre eux.

3.3.2 Gestion des émotions

Il existe chez les sujets toxicomanes une difficulté dans la gestion des émotions. Selon D. DELAPALME « *l'addiction est souvent utilisée pour ne pas faire face à la réalité émotionnelle* ». ZUCKERMAN ajoute à cela que « *les propriétés des substances pourraient être utilisées par les sujets dépendants pour aider à ce traitement des émotions* ». Ainsi, que ce soit pour éviter d'y faire face ou pour tenter de mieux les gérer, les sujets, en consommant,

se retrouvent dans un état de complète anesthésie qui les isole de leurs émotions, « *ce qui réduit leur champ de vie à presque rien, à part consommer* » (ZUCKERMAN). Par cet isolement des émotions, on conçoit la difficulté croissante au fil des années de toxicomanie que peuvent avoir ces sujets à les gérer ensuite au quotidien. Ils entrent dans une sorte de cercle vicieux.

Par ailleurs, dans le cadre de recherches sur les troubles de la régulation émotionnelle dans les addictions, une grande partie des sujets toxicomanes présentent une **alexithymie** (difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions).

Il est intéressant de se pencher sur deux manifestations alexithymiques qui se retrouvent fréquemment dans la population toxicomane, que j'ai pu observer durant mon stage.

➤ **L'incapacité à exprimer des états émotionnels**

Le cas de Lucien lors d'une séance d'atelier cheval est assez marquant sur ce point. Lors de cette séance, Lucien semble clairement en difficulté face aux exercices demandés. Il ne parvient pas au résultat, il abandonne les exercices, se décourage. Et cela peut se voir sur son corps, dans son attitude : sa tête se baisse, ses yeux sont rivés au sol, son dos se courbe, ses bras sont ballants... Au moment du dernier exercice Lucien s'étonne que ce ne soit pas la fin de la séance et semble abattu à l'annonce d'un exercice supplémentaire.

En fin de séance, Lucien est dans l'incapacité de formuler l'état dans lequel il était, il n'y met pas de sens et ne parvient pas à mettre des mots dessus, malgré l'aide de la psychomotricienne. Il exprime ainsi quelque chose de contradictoire par rapport à ce que nous avons pu voir dans la séance : « *C'était vraiment super ! Ça fait du bien de prendre l'air, le contact avec les chevaux, que du bonheur !* ». Ce résident se cale sur la supposée attente de l'autre, et non sur ses propres ressentis.

➤ **Tendance à recourir à l'action pour résoudre des conflits et apaiser des tensions**

J'ai pu observer une tendance à l'impulsivité chez certains résidents, qui passent par une mise en acte directe des tensions internes, sans avoir recours à la parole. L'impulsivité se définit comme « *le besoin impérieux d'accomplir soudainement un geste ou un acte à caractère brutal, dangereux ou incongru dont l'exécution échappe au contrôle volontaire du sujet* » (LEMPERIÈRE). Je citerai l'exemple d'un résident qui m'a particulièrement marquée.

Florian montre un comportement exemplaire au sein de la structure. Il est abstinente depuis plusieurs mois, s'implique dans les activités ainsi que dans les tâches et l'organisation du quotidien. Lors d'une sortie sur un week-end, Florian a du faire face à un imprévu : un ami de la structure se trouvant aussi à l'extérieur lui téléphone pour l'appeler à l'aide. Il est totalement saoul et ne sait plus quoi faire. Florian se sent contraint de l'aider, il n'appelle pas l'équipe éducative du centre se disant que c'est à lui de gérer cette situation. Or, la situation le dépasse, il se sent désemparé et sans réfléchir, après avoir mis en sécurité son ami, il se précipite dans un magasin pour acheter de l'alcool et consommer. Ce passage à l'acte peut révéler une forte angoisse provoquée par la situation ingérable pour Florian. Cette angoisse l'a poussé à un achat compulsif d'alcool. Il est incapable d'expliquer après-coup ce qu'il pensait à ce moment-là. Florian a été envahit et dominé par ses émotions, qui l'ont conduit à un comportement impulsif.

Cela rend compte de la tendance du sujet toxicomane au recours constant à l'action, l'agir, comme moyen d'éviter toute symbolisation et mise en pensée, qui viennent « court-circuiter » les affects. « *Jeammet, en 1991, appréhende à travers les conduites de dépendance des conduites antipensées, antireprésentationnelles intégrant une véritable économie de l'affect et de sa représentativité* » (C. JOUANNE).

Le cheval est un animal qui réagit à nos émotions par le biais de notre communication non verbale. Ainsi, lorsqu'un résident se laisse envahir par une émotion sans pouvoir l'identifier ou même s'en apercevoir, le cheval, par ses réactions lui renvoie cette émotion. C'est sur ce point que nous avons un rôle de tiers en tant que psychomotricien, en aidant le résident à formuler ces émotions. Nous l'accompagnons à sentir dans son corps comment se manifeste l'émotion, et l'aidons à y mettre du sens.

3.3.3 Expériences sensorimotrices : affirmation de soi et de son identité

La consommation de substances psycho-actives durant plusieurs années inflige des changements dans le corps du sujet, qui peuvent également affecter sa manière d'être au monde, d'être en relation. On observe ainsi de nombreux **remaniements identitaires** lorsque le sujet arrête de consommer. Il peut ne plus se reconnaître, son image corporelle change, en lien avec de nouvelles sensations. Le corps « se réveille » car n'est plus sous l'effet des

substances. Le sujet est en proie à un sentiment de manque, de vide qui peut générer des angoisses. C'est d'ailleurs les symptômes observés chez des sujets alexithymiques qui viennent réguler cette détresse émotionnelle, soulager l'angoisse, la déprime. De plus, le sujet peut sentir une grande solitude s'installer du fait qu'il ne partage plus rien avec ses anciens amis, ses pairs du groupe de consommation.

Le sujet doit donc réapprendre à vivre sans substance. La psychomotricité peut aider le sujet en l'accompagnant dans une réappropriation de son corps, en passant par la sensation, l'expérimentation et notamment au travers des ateliers proposés. En effet, « *proposer une médiation, c'est donner une chance aux pulsions créatives, motrices et sensorielles d'exister, de se manifester, pour qu'elles participent à cette construction d'un sujet toujours en mouvement.* » (C. POTELE, 2006)

L'atelier « cheval » est un espace dans lequel le sujet peut venir projeter ces « *pulsions motrices et sensorielles* ». Le cheval vient mettre en mouvement le sujet, qui est plongé dans un bain sensoriel et moteur. Ce lieu amène de nombreuses stimulations sensorielles : les odeurs (des chevaux, des boxes), les différentes impressions tactiles (quand on caresse le cheval sur sa robe, sa crinière ou ses sabots), la vue (des mouvements du cheval lorsqu'il galope, sort du box pour aller au pré et interagit avec les autres chevaux), les bruits (du centre équestre, des animaux).

Cet atelier est également riche au niveau moteur car le résident est amené à se mettre en mouvement pour mettre à son tour le cheval en mouvement. Cela nécessite d'être coordonné, de s'ajuster au niveau tonico-émotionnel, d'avoir un équilibre solide.

Ces expériences sensorimotrices sont en lien avec le sentiment continu d'exister. Et ce sentiment est à la base de notre **sentiment d'identité**. Le sujet s'adapte au cheval et crée une relation avec lui à partir de sa propre sensibilité, en tenant compte de ses capacités. En passant par la sensorialité, le mouvement, le sujet agit, réagit et interagit par et avec son corps, lui procurant ce sentiment d'être soi, avec son identité propre. « *Quand on exprime l'émotion, on renoue avec son identité et on découvre qui on est, là* » (D. DELAPALME).

Ces expériences au sein de l'atelier vont laisser une trace dans le vécu des résidents, qui pourront ainsi s'en saisir au quotidien, en prenant confiance dans leur sentiment d'être soi. « *Le vécu, le ressenti puis l'analyse de tout cela leur [aux patients] sert dans la vie future à se mouvoir et à interagir en utilisant leur potentiel humain émotionnel et à s'apercevoir qu'ils peuvent faire confiance à ce potentiel* » (D. DELAPALME).

4 Antoine et son évolution à travers l'atelier cheval

4.1 Présentation générale

Antoine est né le 09/12/1981. Il a 38 ans lors de notre première rencontre le 09/11/17, lendemain de son entrée au CSAPA Résidentiel (08/11/17). Il est grand, élancé, brun. Son style vestimentaire est assez « jeune », avec des pantalons troués, un bonnet et un sweat à capuche. Il est assez bavard et parle de manière très détendue. Il a un contact relationnel facile et se montre à l'aise dans la relation, avec les résidents comme avec les professionnels.

Lorsqu'Antoine intègre le CSAPA résidentiel, il se crée très vite une place au sein du groupe. Il se fait remarquer et attire beaucoup l'attention. Il impulse une dynamique énergique et semble être apprécié par l'ensemble du groupe. Il est assez imposant face à d'autres résidents qui s'effacent davantage, notamment une résidente qui semblait être à cette place de « nouvelle » jusqu'à l'arrivée d'Antoine. Un nouvel équilibre semble se mettre en place petit à petit avec l'arrivée de ce nouveau membre.

4.1.1 Anamnèse

Sur le plan addictologique Antoine présente un trouble de l'usage à l'alcool, qui semble avéré par la présence de « craving ». Cette envie de consommer se traduit par de l'impulsivité avec agressivité lors d'intoxication à l'alcool. Il présente par ailleurs un trouble de l'usage au tabac non contrôlé.

Sur le plan psychiatrique Antoine présente, sans consommation pendant suffisamment longtemps, une impulsivité à tendance hypomaniaque. Il a été diagnostiqué avec un trouble de l'humeur qui est à ce jour stabilisé par le traitement. Antoine prend du DEPAKOTE pour son trouble de l'humeur, de l'ATARAX en « si besoin » et du VALIUM.

Il souhaite parvenir à une abstinence dans son soin et participe activement au soin collectif des Narcotiques Anonymes depuis 2012. Le groupe social a un effet renforçant positif sur lui.

Antoine a bénéficié de différentes prises en charge addictologiques dans le passé : il a fait quatre sevrages dans deux hôpitaux, des cures et post-cures de plusieurs mois dans un autre hôpital, puis il a intégré une maison relais, avant d'entrer au CSAPA résidentiel.

Antoine est le cadet d'une fratrie de trois enfants, avec une sœur et un frère. Ses parents se séparent quand il a environ 6 ans. Son père rencontre une autre compagne avec qui

il a deux filles. Antoine garde peu de contact avec son père et ses demi-sœurs. Sa mère s'engage elle aussi dans une nouvelle relation et se remarie. Antoine vit avec elle et son beau-père jusqu'à ses 14 ans. À ce moment sa mère décide de déménager. Son frère et sa sœur restent quant à eux dans la même ville. Antoine se retrouve donc seul avec sa mère. Il décrit cette période comme compliquée. Son père est un alcoolique abstinant depuis 15 ans, sa mère présente une fragilité à l'alcool et son frère est dépendant à l'alcool. Il exprime le fait que sa mère « ne pensait qu'à elle », ne faisait pas attention à lui, ni à son frère et sa sœur. Il relate que tout ce qu'elle entreprend, elle ne le fait jamais pour lui ou en fonction de lui. Elle ne l'encourage jamais. Antoine semble avoir manqué de reconnaissance de la part de sa mère et il en souffre encore actuellement. Sa relation assez difficile avec sa mère et l'absence de son père affectent Antoine quant à son estime de lui et son identité, qui, en conséquence, semblent fragiles.

Antoine se décrit comme un enfant agité. Il garde de bons souvenirs de la période de sa scolarisation. Malgré cela il rencontre des difficultés de concentration et d'attention en cours. Il redouble sa 4ème. Après le collège, il effectue un CAP boulanger qu'il obtient aisément. Il noue des liens très forts avec son maître d'apprentissage qui le loge durant sa formation et lui confie des responsabilités.

Il se dirige ensuite vers un CAP pâtissier qu'il ne valide pas pour cause de tensions avec son maître d'apprentissage. Il décide sur un « coup de tête » de partir en Guadeloupe. Il crée facilement des liens avec les habitants et trouve aisément un travail. C'est en Guadeloupe qu'il rencontre la mère de son fils. Ils partent s'installer à la Réunion où il parvient à rester abstinant durant 4 ans. Sa compagne avorte de lui à 4 reprises. Lorsqu'il s'apprête à mettre un terme à la relation, sa compagne lui annonce qu'elle est enceinte depuis plusieurs semaines. Il décide de continuer cette relation qui prend fin un an et demi après. Son fils a aujourd'hui 10 ans. Il n'a plus de contact avec lui, ni avec son ex-compagne.

Antoine explique qu'il est impulsif. Il peut avoir des moments d'excitation intense, et quand cette excitation augmente elle est difficile à gérer ; il se sent envahi et débordé. Il peut également avoir des réactions démesurées qui peuvent l'amener, entre-autres, à consommer. Il dit qu'il a besoin de quelqu'un qui l'aide à maîtriser et contenir ses émotions. Plus généralement il ajoute qu'être seul est compliqué pour lui.

Dans son parcours de vie, Antoine décrit des périodes où il travaille énormément. Il cumule un travail de jour, suivi d'un poste dans une pizzeria. Pendant cette période il consomme de l'alcool pour apaiser ses tensions et trouver le sommeil. Il ne travaille plus sans consommer.

Il décrit aussi une période de sa vie très noire et difficile, durant laquelle il vit dans sa voiture durant plusieurs semaines en étant fortement alcoolisé, de jour comme de nuit. Quand le sujet de ses consommations est abordé, Antoine reste évasif et ne souhaite pas en parler. Il indique qu'il ressent une perte de contrôle depuis environ 5 ans.

Antoine reste sur la défensive et se ferme lorsqu'on lui parle de sujets sensibles, dont il ne veut pas parler, comme sa problématique addictive ou ses relations familiales. Il est donc encore difficile pour Antoine de repenser à ces périodes et de les raconter.

4.1.2 Son projet thérapeutique

Antoine intègre le CSAPA dans l'optique de réduire voire d'arrêter totalement ses consommations d'alcool. Il souhaite se soigner afin de retrouver un travail, gagner de l'argent pour pouvoir partir rejoindre son ex-compagne et son fils.

Il intègre donc la structure pour prendre soin de lui et de son corps, découvrir de nouvelles sources de plaisir à travers les divers ateliers proposés. Ceux-ci lui permettent de travailler sur lui, sur ses capacités corporelles, psychiques et cognitives. Participer et s'investir dans ces activités peut lui permettre de constater qu'il a des capacités et qu'il est capable de faire des choses sans avoir besoin de consommer, ce qui le confortera dans la reprise d'un travail sans avoir le besoin du recours à l'alcool. C'est avec l'accompagnement des professionnels qu'il peut trouver les ressources internes nécessaires pour gérer ses émotions, ses montées de stress et d'angoisse, en trouvant d'autres solutions que la consommation. La psychomotricité est pertinente pour l'accompagner dans un travail corporel lui permettant de redécouvrir son corps, se le réapproprier et le réinvestir.

Antoine bénéficie d'activités thérapeutiques et éducatives obligatoires : l'art-thérapie, le groupe de paroles, l'atelier des émotions, l'atelier relaxation et l'atelier « cheval ». Il participe aussi à des activités sportives et éducatives ponctuelles.

4.1.3 Première rencontre

Je rencontre Antoine pour la première fois lors d'une séance de l'atelier cheval. Antoine me dit bonjour de façon assurée et enjouée. Il me serre la main fermement et montre une posture engageante, avec un tonus à la fois détendu et solide. Il vient à l'atelier avec entrain, se présente à nous de façon assez imposante, avec une voix claire et forte. Il fait beaucoup de blagues, attire l'attention sur lui. Tout le monde rit et l'écoute.

4.2 La prise en charge en psychomotricité d'Antoine

4.2.1 Bilan psychomoteur

Lors du bilan, Antoine réalise les épreuves relativement facilement, ce qui révèle des fonctions cognitives et motrices efficaces. Sa structuration spatio-temporelle est solide ainsi que ses capacités mnésiques. Durant les épreuves, il paraît important pour Antoine de réussir. Un état de stress peut s'en faire ressentir, ce qui traduit peut-être une certaine fragilité de son estime de lui et un manque d'assurance. Ses performances, réussites ou échecs ont une influence notable sur celle-ci. Il est compliqué pour Antoine de se stabiliser au bureau. En effet, durant le bilan il ne peut s'empêcher de manipuler des objets, de bouger. Il est **agité** et **parle beaucoup** durant le bilan. Les moments d'immobilité sont compliqués.

Concernant son tonus, Antoine est capable de se détendre de façon volontaire. Sur l'épreuve des poussées, il est dans une dynamique de confrontation, comme s'il s'agissait d'un défi. Il fait preuve néanmoins d'un **équilibre solide**. Cette attitude où il s'impose à l'autre est en accord avec ma première impression lors de notre rencontre.

Lors des productions graphiques Antoine se soucie de bien faire et a du mal à les terminer tant qu'elles ne sont pas complètes. Ceci est peut-être en lien avec la volonté de donner une bonne image. Son dessin du bonhomme notamment est assez détaillé. Il observe intensément son dessin en tournant sa feuille dans différents sens, afin de savoir s'il n'y aurait pas des détails à ajouter. À travers son dessin et sa façon de le commenter, un **soucis de l'apparence et de l'esthétique** est notable chez Antoine.

Quant à sa figure de Rey, Antoine montre une certaine aisance pour la copie, en faisant preuve de **capacités visuo-constructives efficaces**. Il réalise cette copie relativement vite tout en faisant très attention de n'omettre aucun détail. Il en est de même pour sa reproduction. Il y passe plus de temps et persévère pour retrouver le plus de détails possibles. Outre cette structuration spatiale de qualité Antoine montre un souci du détail très poussé et semble perfectionniste.

Il montre à travers ces tests qu'il peut faire preuve de concentration et d'attention soutenue même si ces capacités sont limitées dans le temps. Il peut **se laisser distraire** par son environnement ou ses pensées.

Par moment, et notamment lors des tests de reproduction de gestes ou de rythme (Piaget-Head, Stambak), il semble moins présent et disponible, puis il se re-concentre. De plus, à plusieurs reprises il demande à répéter une question que l'on vient de lui poser, ou de répéter une consigne. Cela relève de **difficultés attentionnelles**. Antoine a une **structuration**

temporelle correcte et une mémoire auditive efficace.

Lors du test de Piaget-Head, Antoine exécute des gestes vifs et rapides (de même que pour ses tracés graphiques). Il est correctement latéralisé et a une orientation droite-gauche satisfaisante sur lui et sur autrui. Les épreuves sont commencées hâtivement et une légère impulsivité se fait sentir chez Antoine.

Ce bilan révèle des **facultés d'analyse et de concentration**, lorsqu'il parvient à se poser sur une action. Les épreuves du bilan témoignent du **caractère impulsif** dont Antoine a conscience. Cette impulsivité peut altérer ses capacités d'analyses. Antoine montre également des **capacités attentionnelles limitées**. Au quotidien, il a besoin d'être accompagné dans la **gestion de ses émotions** qui l'aiderait à contrôler davantage ses réactions. Enfin, dans l'ensemble des épreuves du bilan Antoine cherche à bien faire, de façon poussée et détaillée ; et on constate à travers son histoire de vie, notamment dans ses relations familiales, qu'Antoine cherche l'approbation et la reconnaissance de l'autre. Il est très sensible au jugement de l'autre et je fais l'hypothèse qu'il voudrait maîtriser ce qu'il renvoie de lui-même à l'autre. Cela se ressent dans ses traces écrites pouvant retranscrire une part de lui non parfaite, ce qui lui est difficile. C'est également en lien avec son souci de l'apparence, renvoyant à sa volonté de donner une bonne image de lui.

4.2.2 L'atelier cheval et les objectifs thérapeutiques pensés pour Antoine

Les objectifs thérapeutiques d'Antoine pour cet atelier, en lien avec l'interprétation de son bilan psychomoteur, sont les suivants :

- Parvenir à s'ajuster et s'adapter au cheval, en prenant conscience de son état émotionnel du moment et la façon dont il se traduit dans son corps.
- Travailler sur l'ajustement relationnel, sentir les limites à ne pas franchir.
- Prendre conscience de ses capacités et ses faiblesses sans avoir besoin de consommer, en lien avec l'estime de soi, l'image de soi qui peuvent contribuer à la redécouverte et remaniement de son identité.
- Travailler sur l'affirmation de soi face au cheval sans être dans la confrontation, de façon à prendre confiance en lui.

4.3 Déroulement des séances et évolution d'Antoine

4.3.1 Trois séances significatives de l'évolution d'Antoine

J'ai participé à onze séances de l'atelier cheval et Antoine était présent à dix d'entre elles. Il est important de le préciser car la participation aux activités peut être assez fluctuante avec les résidents. Malgré le caractère obligatoire de l'atelier le groupe est souvent modifié et les participants ne sont pas toujours les mêmes. Antoine est très assidu et a participé à la majorité des séances, avec une forte implication.

J'ai choisi de me centrer sur trois séances qui montrent une évolution significative dans le comportement et l'état d'Antoine.

Lors de sa première séance d'atelier cheval, Antoine n'a intégré le CSAPA que depuis la veille. Il est dans un état de relative excitation, comme en « représentation » devant les autres et attire beaucoup l'attention. Il monopolise la parole. Me concernant cela me renvoie comme une sensation d'envahissement. Antoine, bien que très agréable et à l'aise dans la relation, occupe beaucoup de place ; dans l'espace physique, par son corps et ses gestes, dans l'espace sonore, par sa parole, il occupe donc beaucoup de place dans la relation et le groupe.

Il **extériorise** beaucoup et cela peut envahir l'autre, donner une impression d'étouffement. J'ai en effet eu cette sensation et cela m'a fait faire le parallèle avec les patients logorrhéiques qui peuvent parfois nous étouffer par leur parole en continu. Pour illustrer ceci voici une phrase d'A. NOTHOMB : « Il y a des gens qui vous envahissent avec leur logorrhée : on a la pénible impression d'être prisonnière de leurs mots. »

L'exercice proposé lors de cette séance est un travail au sol de positionnement et de guidage du cheval dans le manège. Cela nécessite un positionnement adapté et une clarté dans ses demandes afin que le cheval réponde aussi de façon adaptée. Dans cet exercice on observe facilement que le cheval ne répond qu'aux sollicitations corporelles. Il s'ajuste par rapport à la position de notre corps, s'adapte à notre état tonico-émotionnel et répond à nos gestes.

Antoine manque de clarté. Malgré nos indications pour l'aider à se positionner corporellement, calmer ses gestes, il reste « brouillon ». Il traduit dans ses gestes un manque d'assurance qui suggère une confiance en lui fragile face au cheval. Ce dernier est perdu. Antoine s'agace face à ce manque de réponse, il supporte mal l'attente et se montre impatient. Cela provoque une augmentation de son agitation, qui affole d'autant plus le cheval.

Ces exercices impliquant l'animal, médiateur vivant, demandent aux patients de s'adapter et de composer en fonction de l'animal, de ses réactions. Le patient doit faire un travail important sur son ajustement tonique, postural et émotionnel.

Il est possible de faire un parallèle avec le développement psychoaffectif de l'enfant. Le bébé se nourrit de la relation avec sa figure d'attachement. Il se structure psychiquement, corporellement et construit son identité avec l'étayage de ses parents et son entourage. Cela nécessite un ajustement dans la relation entre la mère et le bébé. D. STERN parle « **d'accordage affectif** » entre la mère et le bébé. Il s'agit d'influences réciproques entre la vie émotionnelle du nourrisson et de sa mère. C'est grâce à ce partage que la communication se met en place et que la mère peut comprendre les émotions et sensations du bébé. Cette harmonisation affective peut s'effectuer de la même manière entre le patient et le cheval. Grâce à cette relation établie chacun sera plus en mesure de comprendre les réactions de l'autre.

En tant que psychomotricien nous pouvons accompagner Antoine dans cet **ajustement tonico-émotionnel**. Pour cela nous tentons de traduire ce qui se passe chez Antoine au niveau corporel et émotionnel, en s'appuyant sur les réactions du cheval. Cela médiatise la relation et permet, grâce au rôle de tiers du cheval, de mettre en évidence ses caractéristiques ou ses faiblesses. Le cheval a un **rôle de miroir** en réaction à l'état émotionnel du patient. En effet, D. DELAPALME dit que « *le cheval est le miroir des émotions du patient parce qu'il est obligé de calculer les émotions de l'autre pour savoir quoi faire : fuir ou faire confiance. Donc on imagine les émotions de la personne en regardant les réactions du cheval* ».

Dans notre société nous avons beaucoup recours à la parole. Nous avons tendance à verbaliser, extérioriser plutôt que de se centrer sur nos sensations internes. Dans la relation avec le cheval, il n'est pas exclu de parler en donnant nos instructions : plus on met de l'intention dans nos gestes, plus le cheval comprend notre demande. Cependant la cohérence entre le discours et les gestes, la posture, est importante et contribue à valider nos intentions.

Mais la verbalisation dans le cas d'Antoine semble prendre une autre signification. Lors des exercices notamment de groupe, ou quand Antoine est dépassé par la situation, il a recours à la parole de façon excessive. Il **verbalise** beaucoup, de manière très expressive voire théâtrale (conscient d'avoir le regard des autres sur lui). Il essaye de s'imposer au cheval par les mots, prononcés sèchement, voire avec agressivité. Il peut dire par exemple : « *Alors c'est qui le maître ?! C'est qui le patron ?!* ». Dans ce cas il parle au cheval ou à lui-même. Ceci peut être une stratégie compensatoire pour se convaincre lui-même qu'il domine et qu'il est sûr de lui. Par cette stratégie il se redonne confiance.

Cette façon de passer par les mots en se parlant à lui-même ou au cheval n'est peut-être pas toujours suffisante. Il lui arrive souvent de passer par la parole en s'adressant, de façon un peu détournée, à la psychomotricienne ou à moi-même comme pour avoir une approbation. Il

peut s'agir d'une recherche de réassurance, de contenance. Nous jouons dans ces moments un **rôle de pare-excitation** de façon à réguler les émotions d'Antoine, voire calmer ses angoisses. Selon L. PLOTON, la fonction de pare-excitation sert à « *amortir l'impact émotionnel des excitations venant de l'intérieur même du sujet (pulsions, angoisses archaïques...) mais venant également de l'extérieur. Il s'agit (...) de limiter l'impact traumatique des événements (intrusion psychique stressante)* ».

La fin de la séance est un moment convivial, de discussions autour d'un café et nous permet de faire le point sur ce qu'il s'est passé. Chaque résident peut alors s'exprimer sur ce qu'il a vécu, ce qui lui a plu ou déplu. C'est un des **rituels** de l'atelier qui fait partie intégrante du cadre. Un rituel est un ensemble d'habitudes, de règles qui régissent certaines cérémonies ou comportements sociaux. Il permet de réguler nos émotions. Il a une **fonction organisatrice et structurante** pour le développement de la personnalité. Le psychomotricien peut instaurer ces procédures stables et répétitives pour éviter que les patients ne se laissent déborder par leurs émotions. Ils permettent de structurer le temps, l'espace et les différents temps de la séance. Les rituels sont d'autant plus nécessaires dans un groupe, cela amène un sentiment de sécurité.

Lors de cette fin de séance, Antoine explique qu'il est conscient de ses difficultés, notamment de son manque de confiance en lui. Il exprime le fait qu'il a toujours fonctionné en consommant de l'alcool, pour être en action, sinon des angoisses apparaissent.

Cela est cohérent avec ce qu'il a livré de son histoire de vie. Je fais l'hypothèse qu'Antoine a une **personnalité présentant des comportements impulsifs**, ce qui peut constituer un facteur de risque de ses conduites addictives. En effet, il semble avoir des difficultés à **réguler ses émotions** qu'elles soient positives ou négatives. Il arrive souvent qu'Antoine ne se rende pas compte de l'état émotionnel dans lequel il est (excitation, déprime, repli sur soi, anxiété), qu'il se laisse envahir par ces états émotionnels. Cela se termine souvent par des réactions excessives, des débordements impulsifs, manière de soulager la tension que cela génère. Avant son entrée au centre, cela le menait à consommer de l'alcool en grande quantité.

E. L. BIRKLEY et G. T. SMITH ont montré dans des recherches récentes sur le lien entre des personnalités impulsives et le risque des comportements addictifs. En effet, la prise de décision rationnelle d'un individu ayant une personnalité impulsive peut être compromise par des émotions intenses, positives comme négatives. Ainsi, quand ces personnes éprouvent de telles émotions, elles entreprennent des actions irréfléchies et inadaptées : elles vont à l'encontre de leurs propres intérêts sur le long terme. Par exemple, une forte consommation

d'alcool peut être utilisée pour aider à gérer les émotions. Des études sur la consommation d'alcool montrent que ces sujets boivent plus lorsqu'ils sont anxieux et stressés. « *Les états émotionnels négatifs sont en corrélation avec une plus grande fréquence de (...) comportements non-adaptés et addictifs, y compris l'abus d'alcool et de drogues* » (BIRKLEY et SMITH).

La deuxième séance est particulière : l'instructeur équestre propose d'inclure un groupe de quatre lycéennes pour travailler avec les quatre résidents présents. Il propose d'abord un travail de reconnaissance des chevaux au pré, en duo lycéenne-résident. Antoine est à l'aise dans la relation avec la lycéenne, mais ne semble pas totalement confiant par rapport au groupe des chevaux en liberté dans le pré.

La deuxième partie de séance se passe au manège avec des exercices de positionnement. Les lycéennes n'ont pas l'habitude de faire ces exercices en tant que cavalières. La psychomotricienne demande donc si un des résidents souhaite montrer l'exemple. Antoine se porte volontaire, avec enthousiasme. Il est très fier de pouvoir servir de modèle et cela semble lui donner beaucoup de confiance en lui. Il parvient à se positionner de façon plus adaptée que la semaine précédente. Il se montre plus patient avec le cheval. Il verbalise moins et semble **se recentrer sur lui** afin de réguler son tonus et s'ajuster au cheval. Cela se perçoit dans la façon de s'adresser corporellement au cheval ; Antoine fait des gestes plus calmes et coordonnés, il est moins agité.

J'expérimente aussi ce travail de positionnement avec les chevaux. Je remarque alors qu'il est important pour les résidents de nous voir aussi, la psychomotricienne et moi-même, faire les exercices. Nous nous mettons dans les mêmes conditions qu'eux ; cela peut participer à renforcer leur **estime d'eux-mêmes**, du fait de voir qu'ils réussissent autant que nous, ou que nous non plus ne réussissons pas à chaque fois.

Lors de l'avant-dernière séance, Antoine vient à l'atelier mais ne souhaite pas participer. Il dit qu'il est présent seulement car il n'a pas le choix. Je constate qu'il est beaucoup plus calme que les autres fois, son visage est plus fermé, il reste en retrait.

Durant la séance l'instructeur nous propose de faire travailler un cheval au manège en groupe. Antoine monte à l'étage du manège. Tout d'abord il s'allonge sur un banc, faisant mine de dormir. L'instructeur nous fait faire des exercices de plus en plus complexes et la séance se déroule très bien, une ambiance positive et enthousiaste se fait sentir. Je remarque alors qu'Antoine change de position et s'assoit. Mais il montre encore un retrait volontaire en utilisant son téléphone. Nous continuons ce travail de groupe avec un autre cheval. Je

remarque alors qu'Antoine s'est levé et nous observe attentivement, appuyé sur la rambarde.

La deuxième partie de séance se déroule en individuel, chacun avec un cheval et à ce moment-là Antoine descend de lui-même dans le manège. Il vient se positionner toujours avec cette place **d'observateur**. Il s'implique ensuite davantage en donnant des conseils à d'autres résidents et même à la psychomotricienne qui essaye aussi l'exercice. Il expérimente donc lui-même le rôle que nous pouvons avoir avec les résidents. La psychomotricienne le laisse faire car il n'est pas dans la critique comme il a l'habitude de le faire. Il est dans une observation qui est pertinente, tout comme ses conseils. Il semble encore une fois fier de montrer et constater lui-même qu'il a des connaissances, retenues des séances précédentes. Cette séance a été intéressante quant à l'évolution d'Antoine. Ne voulant pas participer au départ, il n'a été forcé par personne à participer, il avait le choix. Il s'est finalement investi de lui-même, progressivement, et à fini acteur de la séance, dans un positionnement différent.

Cependant cet état de retrait en début de séance se corrèle à un positionnement différent au sein du centre. En effet, je constate qu'Antoine n'est plus dans un état de relative joie et d'extériorisation comme il a pu l'être lors des premières semaines. Je fais donc une hypothèse concernant l'influence que peut exercer le groupe sur Antoine.

4.3.2 L'influence du groupe sur Antoine en lien avec son évolution

Je souhaite aborder la dynamique de groupe et l'influence qu'elle a sur Antoine. Ces dernières semaines sont compliquées, nous voyons un déclin d'investissement au sein du centre. En effet, le groupe des résidents montre une démotivation importante et se mobilise peu pour les ateliers. Très souvent ce sont les mêmes résidents qui se mobilisent, dont Antoine. Cette baisse de motivation générale les affecte beaucoup. Je constate que le comportement d'Antoine change progressivement, en lien avec cette évolution du groupe. Il le verbalise d'ailleurs lors de séances d'atelier cheval où ils ne sont que deux ou trois. Il trouve injuste le fait que certains puissent être dispensés de l'atelier et que ce soit toujours les mêmes qui participent. Il ajoute que cela est très démotivant. Cependant, il dit ne pas s'en soucier et continue d'avancer en « prenant ce qu'il a à prendre ». Il participe en effet à une majorité d'ateliers, reste impliqué, mais plus réservé. Je me questionne sur l'authenticité de ce qu'il livre de lui-même dans cette implication. J'observe un **repli** d'Antoine au sein du centre. Il se montre **plus distant** par rapport au groupe.

Ainsi malgré sa volonté d'exprimer et de montrer que le groupe ne l'influence pas et qu'il continue son chemin, je constate qu'il est affecté par cette force groupale qui pèse sur lui. Le fait que d'autres résidents consomment à l'intérieur du centre est une autre situation qui lui

est difficilement supportable. Il paraît alors plus difficile pour Antoine d'avancer et continuer dans son soin **sans être porté et soutenu** par le groupe. Il semble que ses ressources internes sont encore fragiles.

Nous pouvons faire le parallèle avec l'enfant qui doit passer par un processus d'identification pour se construire. Il édifie son identité d'abord en s'identifiant à l'autre, puis en se différenciant. **A.M LATOUR** parle d'un processus allant du « **semblable au différent** ». Ce phénomène d'identification à l'autre est indispensable dans la construction du sujet. L'identification s'effectue au sein de groupes de plus en plus larges. L'enfant intériorise peu à peu ces groupes d'appartenance, ce qui participe à façonner sa propre identité. Ainsi, le groupe peut être porteur de l'identité, en proposant des éléments d'intériorisation et de différenciation, ce qui nourrit le sentiment d'être. Cependant, il peut aussi atténuer voire étouffer l'identité subjective au profit d'une **identité groupale** et de celle des autres. D'autant plus lorsque les assises identitaires des membres du groupe sont déjà fragilisées, ce qui est souvent le cas chez les personnes souffrant d'addiction.

J'ajoute à cela une hypothèse selon laquelle Antoine présente des failles narcissiques. En effet durant son enfance Antoine semble avoir eu une relation compliquée avec sa mère, ne favorisant pas des soins de qualité contenant et sécurisants. Ces derniers sont essentiels à la phase de « narcissisme primaire » décrite par Freud, permettant l'illusion d'une auto-suffisance de l'enfant, encore dans une indifférenciation Moi/non-Moi. C'est en investissant les autres que l'enfant passe à un « narcissisme secondaire », par une « introjection » de ses objets d'amour. Or, Antoine a pu vivre un manque dans la permanence de ses objets d'amour étant notamment confronté à l'absence de son père. D'autre part, sa famille présente une problématique autour de l'alcool (sa mère, son père, ainsi que son frère). Il a donc évolué dans un milieu qui offrait peu de pare-excitation. En outre, Antoine avait une tendance lui aussi à diluer les conflits dans l'alcool.

4.4 Fin de prise en charge

Antoine se met en retrait du groupe et de cette façon se protège de cette identité groupale en évitant de se faire influencer. Néanmoins dans ce retrait, Antoine ne semble pas investi de la même façon qu'au début de son parcours. Il se replie et se met réellement à l'écart. Une certaine ambivalence est notable chez Antoine : il cherche d'une part à s'imposer, extérioriser dans une certaine séduction et même contrôler ce qu'il veut renvoyer à l'autre. Et d'autre part, dès que l'on tente d'aborder ses difficultés, de percer un peu cette « carapace »,

Antoine se referme et se retire de la relation.

Sa sortie du centre s'est mal déroulée : lors d'une réunion d'équipe Antoine quitte le centre et revient totalement alcoolisé, dans une rage extrême. Il veut frapper un autre résident, il fait preuve d'une grande violence (casse du matériel, est violent envers des éducateurs...). Il est donc exclu du centre, car cette violence dépasse les limites du centre et ne respecte pas le règlement. Le directeur du centre lui trouve cependant une place dans une autre structure d'accueil en addictologie.

Ainsi, à travers ces différentes étapes dans l'évolution d'Antoine, ce dernier montre un fonctionnement en « tout ou rien ». Lors des premières semaines il est dans l'excès, le « trop » : trop de mouvements, trop de bruit, trop de paroles, trop d'excitation et de joie, extériorisation des émotions... Puis, quand les difficultés apparaissent, lorsque cela devient de plus en plus difficile pour Antoine de rester au sein du centre, se soigner et se confronter à ses tensions internes comme externes, il se retire. Il s'efface du groupe, s'enferme dans sa bulle (visage fermé, démarche plus lente avec pieds qui traînent et dos courbé...), contient toutes ces tensions, se met en retrait. Donc dans ce fonctionnement émotionnel excessif, en « tout ou rien », Antoine a des difficultés à mettre en forme, mettre en mot. Il montre de l'impulsivité. Et le retrait est une manière de couper avec ce qui peut être excitant. Mais ce retrait et cette façon de contenir voire étouffer les tensions finit par exploser, et de nouveau s'extérioriser mais cette fois dans des émotions négatives et violentes (rage, envie de casser, frapper...).

Antoine reproduit ce mode de fonctionnement à chaque fois qu'il quitte une structure de soin : consommation impulsive d'alcool qui se manifeste par de l'agressivité et de la violence. Ceci peut rendre compte d'une difficulté qu'a Antoine à se séparer d'un lieu investi et étayant, ce qui est lié à la difficulté et la peur d'être seul. Cela révèle encore une ambivalence dans le fait d'avoir besoin d'un cadre institutionnel, tout en le quittant dans des conditions extrêmes, le risquant à vivre seul à nouveau.

Antoine est en souffrance et a encore besoin de l'aide et de l'accompagnement des professionnels pour supporter cette souffrance, pour pouvoir vivre avec et se reconstituer des bases de sécurité internes.

CONCLUSION

L'addiction est un phénomène d'une extrême complexité mettant en jeu divers paramètres de la vie du sujet (sa personnalité, son rapport à l'environnement social, familial, son corps...). Durant mes trois années de formation, rares ont été les occasions où la problématique addictive en psychomotricité a été abordée. L'opportunité de faire un stage dans ce domaine m'a permis de me rendre compte du rôle essentiel qu'un psychomotricien peut tenir auprès de cette population. Cela m'a ainsi donné l'envie de comprendre, d'étudier la façon dont la psychomotricité peut intervenir dans ce domaine et aider ces sujets en souffrance.

La toxicomanie bouleverse la vie d'un individu, au niveau somatique, au niveau psychique et dans sa vie relationnelle. Nous avons vu que différents courants ont abordés les possibles étiologies de l'addiction. J'ai néanmoins relevé les points communs qu'ont un grand nombre des sujets que j'ai pu rencontrer durant mon stage. Les conduites addictives constituent souvent chez ces personnes une stratégie pour parer à une souffrance psychique importante. L'individu ne parvient pas, seul, à gérer ses tensions. Pour tenter de les apaiser, il passe donc par l'agir, en consommant. Cette façon de passer par l'agir est souvent compulsive. La substance est l'objet externe constituant une réponse à la souffrance interne du sujet.

En plus de ces tensions internes, les personnes ayant une ou plusieurs dépendances tentent par le produit de combler un vide. Elles sont en proie à des angoisses de vide rendant très difficiles les moments de solitude et d'ennui. Ces sujets ont des difficultés à vivre seul. Ainsi, le fait d'arrêter toute consommation et de s'éloigner de la substance peut faire ressurgir cette sensation de vide, de solitude. La substance leur servait de « béquille » chimique et leur permettait de vivre seul. En outre, ils se retrouvent souvent isolés socialement, parfois s'éloignent de leur famille et doivent s'éloigner de leurs anciens amis des groupes de consommation. Ils doivent donc se recréer un réseau social, des relations et réapprendre à vivre seuls parmi les autres.

C'est notamment en voyant ces sujets évoluer, expérimenter, interagir dans des groupes que j'ai pu observer certaines difficultés liées aux conduites addictives. J'ai pu constater une problématique autour des limites corporelles, autour de l'enveloppe physique et psychique. En effet, ces individus paraissent « poreux » dans leur enveloppe, se laissant envahir par leurs propres émotions, mais aussi par celles des autres. L'atteinte du corps du sujet par les consommations participe aussi à cette enveloppe défaillante.

J'ai donc étudié ces phénomènes dans ce mémoire en m'intéressant au fonctionnement des différents groupes successifs auxquels appartient le sujet, et notamment le groupe thérapeutique. J'ai pu développer ma réflexion concernant le rôle et la place de la psychomotricité auprès de cette population.

La souffrance de ces sujets est intense. Malgré l'entrée dans un centre de soins, des tentatives d'arrêt des substances, des tentatives de réinsertion sociale et professionnelle, les personnes toxicomanes luttent en permanence contre cette souffrance qui est ancrée et profonde. Elles ont construit une identité autour du produit, autour de cet univers de la toxicomanie, il est donc très difficile de s'en sortir.

Une majorité des résidents que j'ai rencontrés ont vécu au cours de leur histoire beaucoup de ruptures, de séparations difficiles, répétées, de nombreux déménagements, de changements d'activité professionnelle fréquents... Nombre d'entre eux ont également une famille au sein de laquelle on rencontre une problématique addictive. Ils n'ont donc pas eu dans leur vie un environnement stable et contenant. Le psychomotricien accorde donc beaucoup d'importance à offrir de la permanence, de la continuité dans la prise en soins de ces sujets. Et ceci peut se faire grâce notamment à un cadre stable et solide. Cela induit le renfort d'un sentiment de sécurité et la consolidation des bases de sécurité interne. C'est dans cette permanence qu'un suivi en psychomotricité peut tenter de soutenir ou renforcer l'identité du sujet toxicomane.

Le terme « flamme » utilisé par Martin, résident du CSAPA, peut selon moi représenter l'ambivalence du groupe thérapeutique en addiction. En effet, cette flamme est constituée par le groupe des résidents. Grâce à la chaleur et la puissance qu'elle peut dégager, elle illustre leur tentative de se soutenir entre eux, d'être bienveillants les uns envers les autres. Elle symbolise la force du groupe qui soutient la lutte contre cette problématique qu'ils partagent, contre cette souffrance.

Par ailleurs, cette flamme peut être dangereuse ; on peut s'y brûler et elle peut s'embraser. Le groupe a ses limites et il peut dysfonctionner. Cette force groupale peut envahir le sujet. Ce dernier peut s'y « perdre », ne parvenant pas à être soi parmi les autres et à affirmer sa propre identité.

La flamme a également un aspect fragile, elle peut être vacillante et éphémère. C'est pourquoi elle doit être entretenue, pour ne pas disparaître. C'est notamment le cadre institutionnel, la structure avec l'équipe des professionnels, qui va aider à soutenir et entretenir cette flamme, mais aussi à la contenir et à lui donner une forme.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEILHOU P.** et **REOCREUX M.**, (1992), Exercice de la psychomotricité dans une clinique d'alcoologie, *Évolutions Psychomotrices n°16*, (pp. 35-39)
- ALBARET J-M., GIROMINI F. ET SCIALOM F.**, (2011), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, De Boeck Solal
- ATGER F., LAMAS C., VULLIEZ-COADY L.**, (2017), L'attachement, un lien revisité à l'adolescence, Yapaka.be
- ANZIEU D.**, (1984), Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal, Paris, Dunod, (p. 77)
- ANZIEU D, MARTIN J.Y.**, (1993), La dynamique des groupes restreints, PUF, (p. 36)
- BEIGER F.**, (2008). Chap. 3 - « Le rôle social de l'animal dans notre société humaine. », dans F. Beiger, *L'enfant et la médiation animale: Une nouvelle approche de la zoothérapie* (pp. 21-36), Paris, Dunod
- BERGERET J.**, (1982, 5è éd. 1996), Toxicomanie et personnalité, coll. *Que sais-je ?*
- BERTIN C.**, (2010), « Corps en groupe - corps groupal... Une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle », Le groupe en psychomotricité, *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, n°163, (pp. 36-39)
- BRENOT P.**, (1998), La relaxation, *Que sais-je ?*, PUF, (p.7)
- CALECA C.**, (2013), « DIDIER ANZIEU, Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal (1975), Dunod, 1999 », in Didier Drieu, 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle, Dunod « Psycho Sup », (pp. 299-305)
- CARTON S.**, (2005), La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ?, *Psychotropes*, vol. 11, (pp. 121-144)
- CHAPELIER J.-B.**, (2005), « La grande illusion » : fête et processus groupaux, *Adolescence*, n° 53, (pp. 698-701)
- COURBERAND D.**, (2010), « Les groupes thérapeutiques en psychomotricité », *Thérapies Psychomotrices et Recherches*, n°163, (pp. 88-95)
- CUPA D., REYNAUD M., MARINOV V., POMMIER F.**, (2010), Entre corps et psyché : les addictions, EDK, Groupe EDP Sciences, (pp. 34-36, 68-69)
- DE AJURIAGUERRA J.**, cité par **ANDRE P.**, (2004), Corps et psychiatrie, (p. 234)
- DE BUCY C. et al.**, (2009), De l'étayage sur l'avatar à l'étayage sur l'animateur. Analyse d'un groupe de soins pour les joueurs excessifs, *Adolescence*, n° 69, (pp. 692-693)
- ERIKSON E.**, (1972), Adolescence et crise. La quête de l'identité, Paris, Flammarion, (pp. 135, 162-173)
- ETCHEVERRY A.**, (2015), « Je suis toxicomane dans une foule solitaire » (Benjamin,

résident d'une Communauté Thérapeutique), Le groupe thérapeutique en psychomotricité : support de l'identité du sujet dit « addicté », *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*

FELDMANN G., (2011), Les addictions, *25 questions décisives*, Armand Colin, (pp. 19-22)

GIROMINI F., (2012), « La médiation en psychomotricité », in Benoît Lesage, Jalons pour une pratique psychocorporelle, ERES, *L'Ailleurs du corps*, (pp. 253-264)

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

GOYENA A., LECLERC F., (2001), « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis, *Revue française de psychanalyse*, Vol. 65, (pp. 1728-1729)

GUEDENEY N., (2010), L'attachement, un lien vital, Yapaka.be, Fabert => À VÉRIFIER

HACHET P., (2006), Ivresse cannabique, illusion et processus d'introjection chez l'adolescent, *Imaginaire et inconscient*, n°17, (pp. 211-215)

HOUZEL D., (2016), Le sentiment de continuité d'existence, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 6, (pp. 115-130)

JEAMMET P., (2000), « Comportement violent et psychopathologie de l'adolescence », in MARTY F., L'illégitime violence, ERES, *Actualité de la psychanalyse*, (pp. 33-46)

JEAN-AUGUSTIN N., (2003), cite **ANZIEU D., MARTIN J.-Y.**, (1979, 12^e éd. 2000), La dynamique des groupes restreints, Paris, PUF

JOUANNE C., (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif, *Psychotropes*, vol. 12, (pp. 193-209)

KAËS R., (1994), La parole et le lien, (p.81)

KOOB GF, Le MOAL M., (2001), Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis, *Neuropsychopharmacology*, (pp. 97-129)

LATOUR A.-M., (2016), « Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs », *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (n° 181)

LE POULICHET S., (2010), Les addictions, *Monographies de psychopathologie*, PUF, (pp. 16, 66)

LONJAIGUE O., (2017), Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral : Apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébrolésé, *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*, (pp. 25-38)

MARCELLI D., BRACONNIER A., (2013), Adolescence et psychopathologie, 8^e éd., Elsevier Masson (pp. 381-421)

MENAHÈM R., (2000), op. cit., (p. 53)

- McDOUGALL W.**, (1920), The group mind, (p. 14)
- MIGNON P., SANTAMARIA C.**, (2009), Introduction, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n° 77, (p. 9)
- MIOSSEC A.**, (2006), De la dépendance vers l'identité, *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*
- MOREL A., COUTERON J-P., FOUILLAND P.**, (2015), Aide-mémoire Addictologie, 2è éd., Dunod, (pp. 72-83)
- MORO M.**, (2001), Entretien avec Joyce McDougall, *Le Carnet PSY*, (pp. 20-27)
- MUCCHIELLI A.**, (1986, 9è éd. 2013), L'identité, coll. *Que sais-je ?*
- POTEL C.**, (2010), Être psychomotricien, Toulouse, ERES
- POTEL C.**, (2006), « Thérapie à médiation corporelle : un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps », in *Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*, ERES
- REYMOND-LARUINAZ A.**, (2017), « Je ne sais plus qui je suis », Approche psychomotrice, et maintien de l'identité chez la personne âgée démente en institution, *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*, (pp. 6-24, 58-75)
- ROUSSILLON R.**, in KAËS R., (2010), La parole et le lien, (p. 82)
- SAUVADET T.**, (2005), Hiérarchisation et consommation de drogues chez les « jeunes de la cité », in Pilar Giraux-Arcella et al., *Villes et toxicomanies*, ERES « Questions vives sur la banlieue », (pp. 73-83)
- WINNICOTT D. W.**, (1972), « Le bébé en tant que personne » in *L'enfant et le monde extérieur*
- WOLFF L.**, (2013), La toxicomanie dans l'économie psychique du sujet, Approche psychomotrice des sujets toxicomanes au sein d'une communauté thérapeutique, *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien*
- <https://www.federationaddiction.fr/parution-du-plan-gouvernemental-lutte-contre-drogue-les-conduites-addictives-2013-2017/>
- http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bases_theoriques.pdf

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I ADDICTION ET IDENTITÉ	8
1 Le phénomène complexe d'addiction.....	8
1.1 Définition, étymologie.....	8
1.2 Problème actuel de santé publique.....	10
1.2.1 Risques sanitaires et sociaux.....	10
1.2.2 Les différents effets des substances.....	11
1.2.3 Les différents usages : usage simple, usage nocif (ou abus), dépendance.....	12
1.3 Modèles explicatifs.....	14
1.3.1 Modèle neurobiologique.....	14
1.3.1.a Système dopaminergique.....	14
1.3.1.b Effet biologique.....	15
1.3.2 Modèle bio-psycho-social.....	17
1.3.3 Relations précoces et théorie de l'attachement.....	18
1.3.3.a Les relations précoces dans le développement psychoaffectif de l'enfant	18
1.3.3.b De l'individuation à la dépendance aux substances.....	21
2 Le sujet toxicomane et son identité.....	23
2.1 L'identité : définitions.....	24
2.2 Construction de l'identité.....	25
2.2.1 Le stade du miroir et le narcissisme.....	25
2.2.2 Phénomène d'identification.....	27
2.3 Le sentiment d'exister à travers l'addiction.....	28
2.3.1 Sentiment de continuité d'existence, difficultés d'identification.....	28
2.3.2 Conséquences de l'addiction sur le corps du sujet.....	30
2.3.3 L'adolescence : entre individuation et vulnérabilité ?.....	31
2.4 Identité groupale, moi groupal.....	32
II DU GROUPE DE CONSOMMATION AU GROUPE THÉRAPEUTIQUE	35
1 Généralités.....	35
1.1 Définition.....	35
1.2 Les différents types de groupes.....	36
2 Les processus groupaux.....	38
3 Le groupe en addiction.....	41
3.1 Groupe de consommation.....	41
3.1.1 Groupe marginalisé, les « outsiders ».....	41
3.1.2 Les différents apprentissages du groupe de consommation.....	42
3.2 Origine de la demande de soins.....	46
3.3 Le groupe du CSAPA Résidentiel.....	48
3.3.1 Fonctionnement du centre.....	48
3.3.2 Le groupe des résidents dans le processus de soins.....	50
3.3.3 Le groupe thérapeutique.....	51

