



HAL
open science

Pathologie du vide et du lien : intérêt de la thérapie psychomotrice auprès de patients dépendants à la cocaïne

Marjorie Humbey

► To cite this version:

Marjorie Humbey. Pathologie du vide et du lien : intérêt de la thérapie psychomotrice auprès de patients dépendants à la cocaïne. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936754

HAL Id: dumas-02936754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936754>

Submitted on 11 Sep 2020

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.



IFP de la Pitié-Salpêtrière

Faculté de Médecine Sorbonne Université

91, Boulevard de l'Hôpital

75013 Paris

Pathologie du vide et du lien :

Intérêt de la thérapie psychomotrice auprès de
patients dépendants à la cocaïne

Mémoire présenté par Marjorie Humbey

en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référente de mémoire :

Annabelle Vial

Session juin 2020

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Zélia et Annabelle tout d'abord, pour m'avoir poussée à la réflexion telle que vous l'avez fait, pour m'avoir portée tout au long de l'année et pour ce que vous avez apporté à la psychomotricienne en devenir que je suis. Merci pour avoir insufflé ce qui anime ce mémoire.

Je remercie aussi Florian, Patrick et Mariette, pour la confiance et la bienveillance qui a régné sur le stage expérimental au centre de la douleur cette année.

A tous les psychomotriciens, à tous les professionnels et à tous les patients qui ont croisé mon chemin en stage. A tous les intervenants enseignant à l'Institut de Formation en Psychomotricité. Merci pour votre richesse, pour vos idées, pour votre savoir.

J'adresse mes remerciements les plus sincères à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et poussé à réaliser mes projets les plus fous. Pour y avoir cru et pour votre aide précieuse, merci.

Je remercie tous mes amis, relecteurs ou conseillers aguerris, Fabien, Séréna, Louise, Marie, Lucie, Marlène, Apolline, Lucas, Hugo et Manon.

Merci Lulu pour ces trois années à tes côtés, qui n'auraient ni eu la même saveur, ni le même intérêt.

Merci William pour ton soutien sans faille.

« Mon esprit refuse la stagnation, répondit-il ; donnez-moi des problèmes, du travail ! Donnez-moi le cryptogramme le plus abstrait ou l'analyse la plus complexe, et me voilà dans l'atmosphère qui me convient. Alors je puis me passer de stimulants artificiels. Mais je déteste trop la morne routine et l'existence ! Il me faut une exaltation mentale : c'est d'ailleurs pourquoi j'ai choisi cette singulière profession ; ou plutôt, pourquoi je l'ai créée, puisque je suis le seul au monde de mon espèce. » (Conon Doyle, 2003, p. 4-5)

Table des matières

Introduction	7
I – Clinique.....	9
1) <i>Présentation du CSAPA</i>	9
a) Qu'est-ce qu'un CSAPA ?	9
b) Les locaux	10
c) L'équipe	10
d) L'accueil de l'utilisateur	11
e) La prise en soin de l'utilisateur au CSAPA	12
2) <i>La psychomotricité au CSAPA</i>	15
a) La salle de psychomotricité.....	15
b) Le cadre des séances	15
c) L'évaluation psychomotrice	17
- Évaluation des représentations du corps : schéma corporel et image du corps....	18
- Évaluation de la fonction tonique.....	18
- Évaluation des coordinations dynamiques générales :.....	19
- Évaluation de l'espace-temps	19
d) Ma place en tant que stagiaire en psychomotricité.....	20
3) <i>Présentations de Monsieur S. et de Madame L.</i>	21
a) Monsieur S.	21
- Origine de la demande – Histoire des consommations	21
- Éléments d'anamnèse	21
- Antécédents médicaux/psychiatriques	22
- Histoire et présentation psychocorporelle	22
- Prise en soin au CSAPA.....	23
- Prise en soin en psychomotricité	23
b) Madame L.	27
- Origine de la demande – Histoire des consommations	27
- Éléments d'anamnèse	28
- Antécédents médicaux/psychiatriques	28
- Histoire et présentation psychocorporelle	28

-	Prise en soin au CSAPA.....	29
-	Prise en soin en psychomotricité.....	29
II – Théorie		34
1)	<i>La notion de vide</i>	34
a)	Le sens commun.....	34
-	Le vide dans la physique et l’astrophysique.....	34
-	Le vide comme antonyme du plein	35
-	Le vide perçu	35
-	Le vide dans la psychologie	35
-	La perception de l’autre comme étant vide	35
b)	Le sentiment de vide	36
-	Les sensations et perceptions dans le sentiment de vide	36
-	L’image du corps et l’identité dans le sentiment de vide.....	37
-	Le temps dans le sentiment de vide.....	37
-	Les émotions dans le sentiment de vide	38
-	Les relations dans le sentiment de vide	38
c)	L’angoisse d’effondrement	39
d)	Les apports de Donald W. Winnicott	40
-	L’objet transitionnel	40
-	La capacité d’être seul.....	41
2)	<i>La notion de lien</i>	43
a)	L’attachement.....	43
-	La théorie de l’attachement	43
-	La situation étrange	44
-	L’Adult Attachment Interview (AAI)	45
b)	Le concept séparation-individuation selon Margaret Mahler	46
c)	Le concept d’intersubjectivité et de subjectivation selon Bernard Golse	47
-	L’intersubjectivité	48
-	La subjectivation	48
d)	Une vision contemporaine de la pathologie du lien par Anne-Christine Frankard ..	49
3)	<i>Addiction à la cocaïne</i>	51
a)	Quelques terminologies.....	51

- Dépendance	51
- Addiction	52
b) De l'usage à la pathologie	53
c) La cocaïne	53
- Classification	54
- Consommation	55
- Histoire de la cocaïne	53
d) Le mécanisme physiologique de l'addiction à la cocaïne	56
III – Discussion	58
1) <i>L'addiction à la cocaïne et le vide</i>	58
a) La cocaïne comble des sensations internes non intégrées	58
b) La cocaïne dessine des limites corporelles aux consommateurs	60
c) La cocaïne comble un vide psychique	63
2) <i>La pathologie du lien et l'addiction à la cocaïne</i>	67
a) La recherche de l'autonomie dans le lien à travers la consommation de cocaïne	67
b) La perte de l'autonomie dans le lien pathologique à la cocaïne	70
c) L'évolution du lien pathologique vers une marginalisation	72
3) <i>La structuration du narcissisme pour permettre le sevrage</i>	75
a) Les failles narcissiques comme problématique de fond	75
b) La fuite devant la réalité psychocorporelle	78
c) La crainte de l'effondrement dans le sevrage	81
Conclusion	85
Bibliographie	86
Table des illustrations	91
Table des annexes	92
Annexe I	I
Annexe II	II

Introduction

En structure ambulatoire, les patients viennent ou ne viennent pas à leurs consultations, tout dépend des jours. Ils préviennent ou ne préviennent pas. J'ai pu passer 8 heures au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), pour seulement une heure de consultation en psychomotricité, l'attente de l'heure suivante rythmant ma journée. C'est d'ailleurs à force d'attendre d'une séance à l'autre, parfois plusieurs heures, que je me suis retrouvée à penser aux sujets qui animent mon mémoire : le vide, et le lien. Ils reflètent certaines réalités.

Tout d'abord, la réalité du vide à l'intérieur du CSAPA contraste avec l'extérieur. La société dans laquelle nous vivons est hyperactive, elle en demande toujours plus : productivité au travail, surconsommation, rendement. Tout est réfléchi pour réduire le temps d'attente, pour combler les vides. Nos vies sont remplies, meublées. À Paris, le bruit de la circulation, l'affluence de personnes dans les rues, la densité de personnes dans les transports en commun et les grands immeubles cachant l'horizon participent à ce remplissage sensoriel de notre environnement. Et pourtant nos patients ne prennent pas part à ce remplissage, ils ne viennent pas. Ils laissent l'ennui et le calme s'installer. Nous n'avons pas tous la même sensibilité aux *stimuli* sensoriels du fait de la variation de la hauteur des seuils de perception. Le stress s'installe rapidement et parfois il est nécessaire de prendre un temps pour soi. Parfois, ce temps est agréable. Parfois, il nous renvoie au vide.

La réalité de la considération des sujets toxicomanes règne aussi dans le lien qu'ils entretiennent avec la société. S'ils ne prennent pas part au remplissage de nos vies, nous avons plutôt tendance à les en écarter. « Colline du crack » et quartiers en périphérie des villes, nous leur créons des hétérotopies¹. Là-bas, ils ne nous dérangent pas. S'ils s'approchent trop près, ils constituent alors une menace pour nos confort de vie : insécurité, violence, inconnu, incurie, comportements anormaux. Les toxicomanes n'ont pas la popularité la plus brillante de la ville, bien au contraire. Leur présence déclenche plutôt un immense malaise social face à l'inconnu, à l'anormalité. Les toxicomanes sont marginalisés. Leur réalité identitaire est toute aussi violente. Si nous déshumanisons les toxicomanes par notre rapport à la marge, eux peinent à se sentir sujets dans la société et acteurs de leur propre vie.

¹ Selon Michel Foucault, les hétérotopies sont des espaces physiques hors des lieux, éloignés, et imprégnés d'une culture inversée ou controversée par la société.

La dernière réalité que je souhaite évoquer est celle de la création du lien entre les patients toxicomanes et moi, étudiante en psychomotricité. Un monde nous sépare, et leurs absences ne semblent pas nous rapprocher. Les premières séances sont difficiles et leurs regards sont fuyants. Je suis une étrangère dans ce qui est, peut-être, leur seul environnement sécurisant. J'apprends à connaître peu à peu les sujets toxicomanes, chaleureux et bienveillants à leur manière. Je découvre leurs histoires de vie déroutantes et les répercussions qu'elles ont sur leur rapport à l'autre, au corps, à l'affect. Je découvre leur réalité semaine après semaine.

La cocaïne provoque, par ses propriétés chimiques et physiologiques, des effets ressemblant à notre mode de vie en société : euphorie, productivité, sympathie. L'ennui n'a pas sa place. S'il émerge, alors il laisse la possibilité d'avoir recours au produit. Prise après prise, le lien à la cocaïne devient pathologique et comble un vide existentiel. À travers ce mémoire, nous tenterons de comprendre ce qui pousse les cocaïnomanes à consommer de la cocaïne, et comment la psychomotricité peut aider le sujet à se détacher de ses consommations.

Dans un premier temps, nous présenterons le fonctionnement du CSAPA dans lequel j'ai effectué mon stage ainsi que l'organisation des prises en soin en psychomotricité, de personnes addictées, dans la structure. Nous observerons alors, à travers la présentation de Monsieur S. et de Madame L., que les problématiques du corps sont prépondérantes dans la clinique des addictions à la cocaïne. Chaque prise en soin en psychomotricité est singulière et évoquer la question du corps peut être effrayant pour certains patients.

Nous aborderons ensuite les notions théoriques nécessaires à la compréhension des mécanismes qui animent nos patients. Nous tenterons d'éclaircir en quoi et comment le vide peut être une problématique qui touche la majorité des patients dépendants à la cocaïne. Nous nous attarderons aussi sur la manière dont les dysfonctionnements liés à l'environnement des enfants durant leur développement peuvent devenir des pathologies du lien. Enfin, il me semble important de revenir sur la problématique addictive des patients, et sur la particularité de la cocaïne. Cette molécule, dont le nom est connu de tous, est la deuxième substance illicite la plus consommée en France. Nous nous intéresserons alors à ses critères de consommation ainsi qu'aux effets qu'elle provoque, afin de comprendre pourquoi elle est tant convoitée.

La dernière partie de ce mémoire sera dédiée à l'articulation de ces notions : comment la cocaïne comble les vides, comment la cocaïne reflète et amplifie les problématiques du lien, et comment pouvons-nous, à travers la psychomotricité, structurer ces problématiques pour amener le patient à se séparer de la relation pathologique qu'il entretient avec le produit.

I – Clinique

1) Présentation du CSAPA

a) Qu'est-ce qu'un CSAPA ?

Les Centres de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures intra ou extrahospitalières. Elles permettent une prise en soin spécialisée en addictologie, et ce, en ambulatoire. Ils se doivent d'être des établissements de proximité avec un maillage territorial des structures.

Ils sont inscrits au 9° de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et ont été créés par la loi du 2 janvier 2002. Les CSAPA ont remplacé les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), en les rassemblant sous le même statut juridique. Ils sont financés par l'Assurance Maladie.

Certains CSAPA, dont celui où j'ai fait mon stage, sont dits généralistes. Cela signifie qu'ils sont qualifiés pour la prise en soin de personnes ayant des difficultés en lien avec tout type d'addiction. Ils proposent une prise en soin globale de la problématique addictive et des difficultés psychologiques qui l'accompagnent, pouvant être préexistantes ou passées. La prise en soin est à la fois médico-psychologique, psychothérapeutique, psychocorporelle, et éducative. L'équipe est donc pluridisciplinaire. Une prise en soin de l'entourage des personnes addictées est aussi proposée.

Les missions principales du CSAPA sont cadrées juridiquement :

- Sont obligatoires : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, la prise en soin et la réduction des risques de l'utilisateur.
- Sont facultatives : les consultations de proximité et le repérage précoce des usages nocifs, les activités de prévention, de formation et de recherche, la prise en soin des addictions sans substance, et l'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

L'équipe multidisciplinaire du CSAPA peut mener des actions de prévention à l'extérieur de la structure. Cette année, par exemple, elle a pu participer à un salon de la santé organisé par la ville, ou encore à un salon ayant pour thème la prévention des risques liés à l'exposition aux écrans.

b) Les locaux

Le CSAPA se situe dans l'enceinte de l'hôpital. Les locaux ouvrent du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures 30, avec deux ouvertures les mardis et jeudis jusqu'à 19 heures.

L'architecture du CSAPA s'organise autour d'un unique couloir, tout en long. À l'entrée, le secrétariat se trouve sur la gauche, la salle d'attente sur la droite. Une bibliothèque participative se trouve à l'entrée de la salle d'attente. Il s'en suit les bureaux de consultations, chaque professionnel du CSAPA possédant le sien. Dans le couloir, des fauteuils sont mis à disposition et les patients peuvent s'y installer librement. La salle de psychomotricité se trouve au milieu du couloir, démarquée par une grande porte en bois. Au fond du couloir, se situent les infirmeries et la pharmacie.

L'usage des locaux est soumis à un règlement intérieur :

- Signaler son arrivée au secrétariat,
- Adopter une attitude respectueuse envers le personnel et les autres usagers : les violences physiques et verbales ne sont pas tolérées,
- Respecter les heures et dates d'entretien et prévenir en cas d'impossibilité,
- Ne pas fumer dans les locaux,
- Ne pas y consommer de stupéfiant,
- Ne pas vendre son traitement ou ses stupéfiants dans l'enceinte des locaux et de l'hôpital,
- Aucun effet personnel ne pourra être confié à l'équipe du CSAPA,
- Les animaux y sont interdits, à l'exception des chiens guides.

Le non-respect des règles de conduite relationnelle peut entraîner un rappel au règlement, l'exclusion du centre, ou le dépôt d'une plainte.

Un journal d'informations et de divertissements est corédigé par les usagers et les professionnels du centre. Ce journal paraît trois à quatre fois par an et est mis à disposition, en libre-service, dans la salle d'attente.

c) L'équipe

L'équipe du CSAPA est composée d'une assistante sociale, d'un cadre de santé, d'une éducatrice spécialisée, de deux infirmières, de deux médecins généralistes addictologues, de trois médecins psychiatres, d'une interne en psychiatrie, d'une pharmacienne, de trois psychologues, d'une psychomotricienne et de deux secrétaires. L'équipe se réunit plusieurs fois par semaine.

- Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Ce sont des réunions institutionnelles et cliniques réunissant tous les professionnels de la structure. Elles permettent une réflexion autour de la prise en soin des usagers dans l'optique d'assurer une bonne continuité des soins et de proposer les ajustements nécessaires aux projets de soin. Ces réunions se déroulent chaque mardi après-midi durant deux heures et demie.

- Les réunions « Flash »

Ces réunions d'équipe durent une heure et se déroulent les lundis et vendredis. Les accueils réalisés le mardi matin y sont recensés afin de réfléchir à la meilleure prise en soin qui puisse être proposée aux patients concernés. Ces réunions peuvent aussi permettre d'évoquer un cas clinique en urgence.

- Les supervisions

Ce sont des temps accordés à l'ensemble de l'équipe, accueillant un psychologue-psychanalyste extérieur au CSAPA qui n'intervient que dans ce cadre. Ils ont lieu huit fois dans l'année, sur des plages horaires de trois heures, le lundi matin ou le lundi après-midi alternativement. Ces temps de supervision permettent à chacun de s'exprimer sur son ressenti dans la structure, mais aussi dans l'équipe. Les problématiques sont évoquées afin de trouver des solutions durables et communes. Le psychologue-psychanalyste est présent pour animer la séance et s'assure qu'elle soit constructive : il tempère, protège et encourage à la réflexion.

- Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

C'est une réunion trimestrielle qui permet à l'équipe du CSAPA d'échanger avec les usagers qui souhaitent participer. Deux temps sont proposés : l'un institutionnel, afin de valider les outils de gouvernance du CSAPA et de décider de leur mise en place, l'autre thématique, afin d'échanger autour d'un thème en lien avec les missions du CSAPA.

Cette année, par exemple, le CVS s'est organisé autour de la prévention contre les infections sexuellement transmissibles en collaboration avec des associations de dépistage. Le dépistage rapide et gratuit des usagers volontaires a été réalisé dans l'enceinte du CSAPA en parallèle de la réunion.

d) L'accueil de l'utilisateur

Afin de pouvoir bénéficier d'un « rendez-vous d'accueil », c'est-à-dire d'un premier entretien avec les professionnels du CSAPA, l'utilisateur doit téléphoner le jeudi entre 14 heures et 16 heures afin de bénéficier d'un rendez-vous le mardi matin suivant l'appel.

L'accueil de l'utilisateur est réalisé dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Les accueils ont lieu le mardi matin uniquement, par un binôme constitué de deux professionnels de professions différentes. Les patients sont informés de leurs droits et des modalités de prise en soin dans la structure. Les professionnels y initient une évaluation sociale, psychologique et médicale.

Des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sont accessibles pour les 13-25 ans. Le jeune peut se présenter pour échanger à propos de ses consommations, avec ou sans ses tuteurs légaux. L'intérêt est de prendre en soin le plus rapidement possible les consommations, avant qu'elles ne deviennent problématiques. Le rendez-vous d'accueil est alors réalisé le plus rapidement possible.

L'évaluation est rapportée lors d'une réunion pluriprofessionnelle afin de penser les besoins du patient. Une proposition de prise en soin vers le CSAPA ou vers une structure plus adaptée est alors proposée (Centre Médico-Psychologique (CMP), Protection Maternelle et Infantile, *etc.*).

e) La prise en soin de l'utilisateur au CSAPA

La prise en soin de l'utilisateur varie donc par la diversité des missions du CSAPA. L'intérêt est de permettre un accompagnement individualisé, adapté à la problématique médicale, psychologique et sociale du patient.

L'accompagnement de l'utilisateur est réfléchi entre l'utilisateur et les professionnels du CSAPA. Pour cela, la structure présente au patient un Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC) et un projet personnalisé. Le DIPEC permet d'informer l'utilisateur sur ses droits : gratuité des soins, possibilité d'anonymat selon la loi du 31 décembre 1970, possibilité de désigner une personne de confiance et possibilité d'accès aux informations le concernant en application de l'article R.710.5.7 du Code de la Santé Publique. Le contrat de soin est rédigé à l'issue d'une période d'évaluation médicale, psychologique, et/ou psychomotrice.

Pour chaque patient, un professionnel du CSAPA est désigné comme référent lors de la rédaction du contrat de soin. Il est témoin de la bonne prise en soin de l'utilisateur, et se présente comme un interlocuteur privilégié pour ce dernier. La relation entre le référent et l'utilisateur est importante dans la continuité de la prise en soin.

La pharmacie du CSAPA permet la délivrance des traitements, par exemple des traitements de substitution. Le CSAPA est d'ailleurs référencé en tant que centre méthadone².

² La méthadone est un opiacé de synthèse utilisé comme substitut dans le sevrage de toxiques illicites.

Cela signifie qu'il a la capacité de mettre en place des protocoles de soin incluant la prescription et la délivrance de méthadone. Il peut également délivrer et recueillir du matériel de consommation à moindre risque (Kit Base, pipe à crack, seringues, *etc.*).

Le CSAPA propose plusieurs types de prise en soin thérapeutique :

- Des entretiens individuels avec un soignant :

Ces entretiens sont proposés avec un professionnel de l'équipe soignante, ou plusieurs dans autant d'espaces différents. Ils peuvent aussi être proposés en binôme, avec deux soignants qui recevront l'usager la plupart du temps ensemble au sein d'un même espace.

- Une unité pluridisciplinaire dédiée aux enjeux de la parentalité, de la grossesse à l'adolescence dans une situation d'addiction parentale :

Cette unité prend en soin les parents ou futurs parents dans l'enceinte du CSAPA. Ces consultations ont une visée d'accompagnement dans le désir d'enfant et dans le lien à l'enfant, lorsque les parents ou futurs parents se trouvent en situation d'addiction. Le travail de construction du projet de soin, et de vie, se pense en lien avec les familles et des partenaires extérieurs au CSAPA. L'intérêt de cette organisation est de coordonner et de proposer les soins les plus pertinents possibles.

- Des ateliers de psychodrame individuel :

En lien avec le pôle de psychiatrie de l'hôpital, les patients peuvent participer à des ateliers de psychodrame, individuellement. Cette médiation est proposée par des psychiatres et des psychologues formés au psychodrame. Ils ouvrent un espace d'expression au patient, qui peut mettre en scène ce qu'il a envie d'exprimer le jour de la séance. Le patient peut choisir un ou plusieurs des thérapeutes pour jouer avec lui la scène en question. Le but de cet atelier est analytique. Il permet notamment au patient d'élaborer autour de son vécu en passant par le corps.

- Des consultations familiales d'ethnosystémie :

Ces consultations accompagnent les usagers en contexte migratoire, et le système familial dans le cadre d'une intrication de la culture dans l'étiologie et de son vécu, avec la présence potentielle d'un interprète. Elles ont pour objectif l'intégration culturelle et familiale du patient, ainsi que la prévention quant à l'utilisation d'un matériel approprié dans une démarche de soin réfléchi. Les professionnels présents sont formés à la psychiatrie transculturelle et à la systémie.

Des prises en soin groupales sont mises en place :

- L'espace de prévention, réduction des risques et des dommages :

Cet espace est ouvert à tous et est proposé plusieurs fois par an. Il s'adresse aux patients, mais aussi à tous les consommateurs et leurs proches.

- Le groupe d'information sur l'usage de la cigarette électronique :

Également ouvert à tous, il est animé en collaboration avec les bénévoles de l'association « La Vape du Cœur » afin de sensibiliser à l'usage de la cigarette électronique, et de répondre aux questionnements lors d'une démarche d'arrêt du tabac.

- Le groupe mouvement :

Ce groupe est animé par l'éducatrice spécialisée et la psychomotricienne du CSAPA. Par une exploration du mouvement et un temps de relaxation, il crée des situations et des enjeux relationnels qui se jouent.

2) La psychomotricité au CSAPA

a) La salle de psychomotricité

La salle de psychomotricité est située au centre du couloir dans le CSAPA et le nom de la psychomotricienne apparaît dessus. Une pancarte indiquant « séance en cours », est aussi apposée lorsque nous accueillons un patient à l'intérieur. C'est la salle la plus spacieuse du CSAPA.

La salle est grande, lumineuse. Quelques photos, de paysages, de danseurs, ou d'arts abstraits, sont accrochées sur l'un des murs, les unes à côté des autres selon la forme d'un oiseau envolé. Un porte manteau se trouve à l'entrée, à droite, à côté d'une banquette habillée de coussins. S'en suivent, autour de la salle, le bureau, deux armoires, une étagère, une chauffeuse, un matelas. Une table ronde se présente au fond, avec quelques pots à crayons et une lampe posés dessus, et deux à trois chaises autour. Chaque objet a sa place.

La salle est visuellement stimulante grâce au matériel psychomoteur : une chauffeuse orange, une banquette verte, un matelas multicolore, une physioball bleue, les crayons triés par couleur sur la table, les bâtons de toutes les couleurs en bas d'une étagère. Ces couleurs, ensemble, ne sont pas criardes, elles apportent un élan de vie dans la salle.

Enfin, l'éclairage de la salle de psychomotricité est permis par une fenêtre prenant toute la largeur du mur au fond de la salle. Deux sortes d'éclairage par ampoule peuvent venir en complément : l'un plus chaud, par des ampoules au mur, l'autre plus blanc, par des néons au plafond.

La salle de psychomotricité accueille les prises en soin individuelles en psychomotricité, ainsi que le groupe mouvement.

b) Le cadre des séances

Avant chaque séance de psychomotricité, le patient arrive au CSAPA et se présente à l'accueil. Il est alors dirigé vers la salle d'attente où nous venons le chercher. À l'heure du rendez-vous, nous entrons dans la salle d'attente et accompagnons le patient jusqu'à la salle de psychomotricité et il choisit où s'installer.

Les séances sont toujours structurées de la même manière :

- Un premier temps de discussion, afin de faire le point sur ce qu'il s'est passé depuis la séance dernière ;
- Un second temps, introduisant la ou les médiations psychomotrices adaptées à la séance ;
- Un troisième temps de retour sur la séance, au sein duquel le patient peut exprimer ses ressentis et ses questionnements ;
- Et un dernier temps de prise de rendez-vous.

Nous raccompagnons alors le patient jusqu'à la porte de la salle de psychomotricité.

Le jour et l'horaire du rendez-vous sont le plus souvent possible stables pour un même patient, nous pensons à réserver sa plage horaire. Les séances peuvent durer entre trente minutes et une heure, aussi le temps maximum leur est-il toujours réservé. Cela permet, même si le patient n'est pas présent durant toute la plage horaire d'une heure, d'assurer une certaine souplesse dans l'organisation de l'emploi du temps : prendre le temps au sein de la séance, anticiper les retards, préparer la séance suivante et rédiger le retour écrit de chaque séance.

Le cadre au sein des séances de psychomotricité est régi par des principes. Ils sont expliqués en début de prise en soin, puis rappelés si besoin : ne pas se faire mal, ne pas faire mal, et ne jamais se forcer à faire quoi que ce soit si on ne veut/peut pas. Ces principes participent à faire de l'espace en psychomotricité un espace sécurisé.

Nous rappelons souvent au patient que l'espace-temps des séances de psychomotricité est le leur, et qu'il est important qu'il le reste. Ils ont le droit de se l'approprier, de proposer, d'être créatifs. C'est un moment qu'ils peuvent s'accorder pour penser à eux, et non pas à tout ce qui les contraint à l'extérieur.

La régularité du cadre est aussi une manière de l'intégrer plus facilement par habitude, afin de prévenir les absences des patients, car celles-ci peuvent être nombreuses au CSAPA. Absence prévenue ou non, nous rappelons les patients dans la journée : nous prenons de leurs nouvelles et fixons un nouveau rendez-vous. Parfois, nous laissons passer plus de temps entre l'absence et l'appel, si nous sentons qu'il peut être vécu comme intrusif par le patient, ou si le patient a un vécu de persécution. Cela leur permet de ne pas culpabiliser, et de se sentir soutenus dans un moment où il leur était impossible de venir. Ils ne sont pas venus mais nous ne leur en voulons pas.

Le cadre des séances a dû être repensé à plusieurs reprises cette année. La grève des transports, tout d'abord, a rendu impossible l'accès au CSAPA pour certains. Ensuite, le CSAPA a déménagé en février 2020. Enfin, durant le confinement lié à la pandémie de Covid-19, le CSAPA reste ouvert afin d'assurer la continuité des soins. Ma maître de stage pense alors à des prises en soin à distance, en visioconférence ou par téléphone : séances de relaxation, programmes de sport à domicile, le tout adapté aux problématiques psychomotrices de chaque patient. En toute circonstance, le lien thérapeutique est maintenu autant que possible.

Lors du déménagement du CSAPA en février 2020 d'un hôpital à un autre, le cadre s'est trouvé mis à mal : une semaine quasi-complète de fermeture et un changement de lieu conséquent, entraînant une modification du trajet à effectuer pour se rendre au CSAPA. Il a été difficile pour l'équipe, mais aussi pour les patients, de quitter un espace sécurisé et intégré puis de s'adapter à un nouveau cadre : certaines prises en soin ont été repensées et certains patients n'ont pas pu poursuivre la leur en raison d'une trop grande distance avec leur domicile. Dans la salle de psychomotricité, le matériel présent et les photos en décoration témoignent d'une continuité entre les deux endroits. Nous avons également permis aux patients de conserver leur plage horaire. Seule la spatialité a changé.

c) L'évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice pour les adultes en psychiatrie ne comprend pas, ou peu de tests étalonnés. Une grille a donc été créée par la psychomotricienne du CSAPA, afin de déterminer d'un point de vue qualitatif les difficultés rencontrées par les patients. L'évaluation se déroule sur deux séances distinctes d'une heure chacune. En réalité, elle peut prendre plus de temps en fonction de ce que les patients expriment durant ces séances.

La première séance consiste en un entretien semi-structuré avec le patient sur les éléments de vie qu'il peut livrer, ses ressentis corporels, ses attentes vis-à-vis de la prise en soin psychomotrice et son rapport aux produits. Nous recherchons des éléments sur le parcours de vie, l'histoire des consommations, les antécédents médicaux et les antécédents familiaux.

Nous attendons aussi des éléments correspondant aux fonctions vitales (sommeil et alimentations), au quotidien (loisir, passions) et au rapport à la douleur. Enfin, nous sommes attentives au rapport du patient à son corps : quelles sont les zones qu'il perçoit comme étant les plus fragiles ou au contraire les plus fortes, quelles manifestations corporelles sont liées aux émotions, et comment le patient se présente physiquement (habillement, posture).

La deuxième séance est inspirée de tests psychomoteurs préexistants. Les observations sont le plus souvent qualitatives, car les tranches d'âge propres aux bilans ci-dessous ne peuvent être respectées.

- Évaluation des représentations du corps : schéma corporel et image du corps
 - Énumérer spontanément toutes les parties du corps qui vous passent par la tête ;
 - Reconnaître et percevoir au toucher différentes parties du corps, les yeux fermés si possible ;
 - Effectuer tous les mouvements possibles avec chaque articulation ;
 - Réaliser certains items du test de motricité faciale de L. W. Kwint ;
 - Reproduire certains gestes tirés de l'évaluation de la motricité gnosopraxique distale de Laurence Vaivre-Douvret et de la batterie Piaget-Head de Galifret-Granjon ;
 - Réaliser des items inspirés du sens musculaire de Gisèle Soubiran ;
 - Dessiner un bonhomme selon les consignes de Florence Goodenough.

- Évaluation de la fonction tonique
 - Tonus de fond : épreuve de ballant des membres supérieurs et inférieurs, épreuve d'extensibilité des membres supérieurs et inférieurs ;
 - Tonus postural : description de la posture par le patient, épreuve d'équilibre statique bipodal et unipodal (yeux ouverts puis yeux fermés si possible), accroupissement ;
 - Tonus d'action : épreuves des marionnettes, épreuve de chute des bras tendus devant soi (Le patient tend ses bras devant lui, et les relâche au signal sonore du psychomotricien. C'est ensuite le psychomotricien qui tient les bras du patient devant lui, et le patient laisse ses bras retomber lorsque le psychomotricien les lâche.) ;
 - Réalisation de mimes des émotions (tristesse, colère, joie, peur, surprise, dégoût).

L'observation qualitative des émotions, du regard, de la respiration, de la posture du patient prend une place importante dans notre analyse de la régulation tonico-émotionnelle du patient.

- Évaluation des coordinations dynamiques générales :
 - Réalisation d'épreuves d'équilibre dynamique : sauter, marcher talon-pointe, courir, enjamber, etc. ;
 - Réalisation de lancés de ballon : échanges de ballon aux pieds, aux mains, et lancés contre un mur fort/doucement avec les mains et les pieds.

- Évaluation de l'espace-temps
 - Repères topographiques : donner la date du jour, citer des éléments dessus/dessous, à côté, devant/derrière, proche/loin, à l'intérieur/à l'extérieur de soi ;
 - Orientation spatio-temporelle : raconter sa journée, réaliser des items du test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl (épreuve des trajets et de la réalisation d'un plan) ;
 - Structuration spatio-temporelle : réaliser quelques items du test de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stamback (de reproduction et de compréhension), réalisation de l'épreuve des pas comptés du test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl.

Durant ces deux heures minimums, le patient nous livre une partie importante de ses ressentis, aussi pudiques qu'ils soient : son rapport aux consommations, au corps et aux relations sociales.

Les résultats du bilan psychomoteur en addictologie présentent souvent la sémiologie suivante :

« *Quel que soit le produit consommé, on retrouvera :*

- *Une mauvaise intégration du schéma corporel ;*
- *Une détérioration du corps par les atteintes organiques liées aux modes de consommations (capital veineux, atteinte de la sphère ORL, etc.) ou à un mode de vie précaire (violences, expositions au froid, insalubrité, etc.) ;*
- *Une anesthésie corporelle (les sensations sont diffuses, peu différenciées) qui alterne avec une hypersensibilité à la douleur, particulièrement chez les consommateurs d'opiacés ;*

- *Le corps est absent au sujet lui-même, non habité psychiquement.* » (Constant et Exposito, 2019, p. 314).

Ces éléments de sémiologie sont retrouvés et détaillés chez les patients présentés dans ce mémoire (cf *infra*, Présentation de Monsieur S. et de Madame L., p. 21).

À l'issue de l'examen psychomoteur, nous proposons au patient de revenir afin de discuter du projet thérapeutique que nous pouvons mettre en place. Le patient est alors sollicité sur ce qui lui semble acquis, puis sur les difficultés qu'il a rencontré lors de la passation des items du bilan. Nous réfléchissons alors ensemble de l'intérêt d'une prise en soin en psychomotricité, aux axes de prise en soin et à la fréquence des séances proposées.

d) Ma place en tant que stagiaire en psychomotricité

Je suis présente en stage chaque mardi après-midi. Je participe alors aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Chaque mercredi, j'assiste aux prises en soin des patients en psychomotricité. En moyenne, cinq créneaux de prise en soin sont complets. Les patients que je vois sont souvent les mêmes d'une semaine à l'autre, ou d'une quinzaine à l'autre, du fait de la régularité de leurs prises en soin. J'ai donc pu faire la rencontre de dix patients différents en séance de psychomotricité, chacun addicté à une ou plusieurs substances.

De septembre à novembre, je suis restée majoritairement en observation durant les séances de psychomotricité. J'ai pu investir les séances, de plus en plus, en apprenant à connaître les patients déjà pris en soin avant mon arrivée mais aussi avec l'arrivée de patients orientés en psychomotricité au cours de l'année. Nous avons alors pu, avec ma maître de stage, construire des séances à deux, ou diviser le temps de certaines séances en deux avec chacune une proposition.

À partir du mois de janvier, j'ai pu faire passer les évaluations psychomotrices des patients qui venaient en psychomotricité pour la première fois. Nous avons aussi pu penser des toucher-thérapeutiques à quatre mains. À la suite des passations de bilan, en février, j'ai proposé des séances seule à l'une des patientes que nous suivons. Mon stage s'est suspendu le 16 mars 2020, jusqu'à nouvel ordre, en raison de la crise sanitaire que nous traversons.

3) Présentations de Monsieur S. et de Madame L.

a) Monsieur S.

- Origine de la demande – Histoire des consommations

Monsieur S. s'est présenté au CSAPA en décembre 2018, en faisant lui-même la demande d'un suivi addictologique au sein de la structure. À ce moment-là, il consomme de la cocaïne sniffée 3 à 4 fois par jour, et fume une dizaine de cigarettes par jour. Monsieur S. consomme de la cocaïne depuis ses 31 ans, dans le but de « se sentir aussi à l'aise que les autres ». Il ne prend plus de cocaïne depuis juillet 2019 malgré un épisode de consommation en février 2020.

- Éléments d'anamnèse

Monsieur S. est né en 1962, il a 58 ans aujourd'hui. Il est né à Oran en Algérie. Nous ne savons pas à quel âge il est venu en France. Aujourd'hui, il vit seul en appartement.

Il est issu d'une fratrie de huit enfants. Deux de ses sœurs vivent actuellement en France dont une en région parisienne et Monsieur S. peut les voir plusieurs fois par an. L'un de ses frères est décédé d'un cancer du foie, tandis qu'il consommait de l'héroïne.

Le père de Monsieur S. était maltraitant et a été diagnostiqué bipolaire³. Monsieur S. évoque des punitions corporelles, il décrit son père comme autoritaire. Il peut aussi verbaliser qu'il en avait peur. Le père de Monsieur S. est décédé en janvier 2019.

La mère de Monsieur S., quant à elle, vit entre l'Algérie et la France. Elle n'est pas retournée en Algérie depuis le mois d'octobre 2019 et Monsieur S. va régulièrement lui rendre visite à son domicile. Avant cette période, il pouvait lui téléphoner tous les jours. Il dit avoir besoin aussi de son propre espace, mais que cela le rassure d'être proche de sa mère : il ne s'ennuie pas et ils peuvent se tenir mutuellement compagnie. Monsieur S. a pour projet de profiter du futur retour de sa mère en Algérie pour y effectuer un voyage.

Monsieur S. quitte le domicile familial à l'âge de 15 ans, dans un contexte de conflit familial. Sa rupture avec sa famille a duré près de 25 ans.

³ La bipolarité est un trouble psychiatrique se manifestant par une dépression associée à des phases maniques et/ou hypomaniaques.

- Antécédents médicaux/psychiatriques

Monsieur S. se sentait déjà isolé à l'école, en général il a pu décrire que cela se passait mal. Il a de grandes difficultés de concentration, qui peuvent majorer les difficultés scolaires qu'il a connu.

En 2002, on diagnostique à Monsieur S. un trouble bipolaire, qui se caractérise par des épisodes dépressifs. Il a été hospitalisé en 2013 pour un trouble dépressif. Il se décrit comme claustrophobe et phobique social. Il rapporte d'ailleurs ne pas avoir d'ami.

- Histoire et présentation psychocorporelle

Monsieur S. est un homme de taille moyenne. Il a une morphologie assez allongée. À la suite de l'arrêt de ses consommations de cocaïne, en juillet 2019, il s'amaigrit considérablement. Les vêtements qu'il porte sont sobres, ses pantalons sont souvent des joggings et il porte des baskets. Monsieur S. n'a pas une apparence très soignée au premier abord qui témoigne d'une certaine incurie. Il se présente au CSAPA les cheveux toujours coupés, mais jamais coiffés, avec une barbe de quelques jours. Les traits de son visage sont tirés, un peu ridés.

Monsieur S. a les yeux verts, qu'il met souvent en valeur par une chemise ou un pull assorti. Il a du mal à fixer son interlocuteur dans les yeux. Le plus souvent, il regarde dans le vide. Lorsque son regard se pose sur son interlocuteur, il semble s'agripper comme s'il en attendait quelque chose de particulier.

Lorsqu'il est en position assise, Monsieur S. se balance, d'avant en arrière, de manière cadencée et en continu. Il peut décrire ce balancement comme un « bercement automatique ». Il amène aussi que ce balancement est présent depuis l'enfance, et qu'il est apparu dans un contexte de rivalité avec un sentiment de rejet vis-à-vis de son frère.

Monsieur S. a un sommeil variable selon les périodes et parfois, les réveils nocturnes peuvent être nombreux. Il n'a pas beaucoup d'appétit non plus et peut oublier de manger. En novembre 2019, Monsieur S. a confié qu'il avait un meilleur sommeil et qu'il avait retrouvé l'appétit.

Monsieur S. aime aller marcher et faire du yoga. Il a aussi joué du bongo. Il n'a pas d'autre loisir, craignant le regard des autres. Il dit apprécier la danse, la musique des années 80, la musique classique et orientale.

- Prise en soin au CSAPA

Monsieur S. bénéficie d'une prise en soin bifocale. Il est suivi par une psychiatre addictologue et par la psychomotricienne.

- Prise en soin en psychomotricité

Monsieur S. a été orienté en psychomotricité du fait de ses verbalisations importantes autour de ses vécus corporels. Il a aussi été en demande des séances de psychomotricité lorsqu'il en a appris l'existence au sein du CSAPA.

L'évaluation psychomotrice s'est déroulée les 18 janvier, 20 février et 28 février 2019.

Sémiologie psychomotrice au moment de l'évaluation

Nous relevons les éléments principaux du compte-rendu d'évaluation de Monsieur S. :

Nous observons chez Monsieur S. un trouble de l'image du corps et de la régulation tonico-émotionnelle. Son visage semble scindé du reste du corps : « le corps, c'est secondaire ». Il verbalise des douleurs au niveau des jambes qui l'empêchent de se mettre en mouvement comme il le souhaiterait. On comprend alors que ses jambes sont investies émotionnellement.

Monsieur S. est à la recherche de stimulations sensorielles permanentes qu'il exprime par les balancements ou par la prise de toxique. Il est aussi en demande d'un étayage verbal et corporel lors de l'évaluation. Il cherche à être contenu. Monsieur S. recherche aussi à ce que l'autre verbalise pour lui ses ressentis, ce qui laisse penser qu'il serait désarmé face au fait de les élaborer seul.

Ces troubles semblent être étroitement liés à un défaut d'intégration des enveloppes corporelles et à des angoisses corporelles archaïques d'effondrement et de chute contre lesquelles il lutte.

Projet thérapeutique à la suite de l'évaluation et médiations

Le projet thérapeutique vise à un travail de restructuration psychocorporelle, dans un premier temps autour du schéma corporel et de l'intégration des limites. Il s'en suivra un travail de régulation et de modulation tonico-émotionnelle.

Dans les premiers temps de prise en soin, il a été proposé à Monsieur S. des mouvements inspirés du Yoga ou du Qi Gong, associés à des exercices de respiration. Il a beaucoup questionné à quoi cela servait, pourquoi est-ce qu'il fallait faire cela, *etc.* Monsieur S. supporte

mal de rester debout, statique, ancré dans le sol. Il a besoin de piétiner. Cette médiation ne lui convient pas, elle est interrompue.

Le toucher-thérapeutique est alors proposé dans les séances. Il se déroule en décubitus ventral. Le toucher est médiatisé par trois balles et est réalisé dans l'ordre sur : le dos dans son entièreté, puis les contours du corps en commençant par la tête, l'hémicorps droit du bras au pied en passant par le dos, et l'hémicorps gauche du pied au bras en passant par le dos. La première balle est une balle de tennis, utilisée en exerçant des percussions corporelles, afin de contacter le système os. La seconde balle est une balle à picots, elle est roulée sur le corps, et vient stimuler le système muscles. La troisième et dernière balle est un ballon paille à peine dégonflé. Roulé, il vient épouser la forme du corps et stimule le système peau.

En septembre 2019, nous introduisons un toucher-thérapeutique du dos inspiré du Shiatsu à réaliser après le passage des trois balles, sur un fond de musique. Parfois, Monsieur S. prend le temps de la choisir, parfois, il nous « fait confiance ». Il apprécie particulièrement le piano. Début décembre 2019, il ne voudra plus mettre de fond musical. Monsieur S. verbalise un besoin de toujours plus appuyer les balles sur son corps, car il ne les perçoit pas assez. Fin janvier 2020, il nous annonce qu'il consomme de nouveau de la cocaïne. Si ce protocole a permis à Monsieur S. de se stabiliser, il semble ne plus suffire et demande plus de contenance.

Début février 2020, nous introduisons alors un nouveau protocole. Le toucher thérapeutique est à quatre mains, Monsieur S. est toujours en décubitus ventral. Ma maître de stage se tient à sa gauche, moi à sa droite. Nous commençons par exercer des pressions sur la tête, et nous descendons le long de son corps. Nous répétons cela deux fois, afin que Monsieur S. puisse prendre le temps d'apprécier les sensations qui sont amenées. Ma maître de stage termine le protocole par un toucher thérapeutique inspiré du Shiatsu au niveau du dos.

Évolution au cours des séances

Je rencontre Monsieur S. pour la première fois le 18 septembre 2019. Monsieur S. acquiesce lorsque ma maître de stage lui demande si je peux assister aux séances de psychomotricité cette année. Durant cette première séance, il ne s'adresse qu'à ma maître de stage lorsqu'il parle, et son regard vacille entre un point fixe à l'horizon et elle. Il présente de nombreuses réactions de prestance au niveau de ses mains, ainsi que des réactions de contenance en venant s'auto-contacter, ou en se balançant sans cesse. Au fur et à mesure des séances, Monsieur S. m'intègre un peu plus. Nous ne sommes plus étrangers.

Schéma corporel et image du corps

Les douleurs à la jambe de Monsieur S. sont prégnantes cette année. Il est atteint d'un trouble vasculaire et devait se faire opérer en mars 2020 mais l'opération a été repoussée en raison de la pandémie du Covid-19. Cette pathologie provoque de fortes douleurs à la marche. Pour Monsieur S., ses douleurs prennent une part importante de ses préoccupations. Il oriente le toucher-thérapeutique vers cela : « Appuyez plus fort ici, c'est là que j'ai mal. ». Il se sent aussi handicapé, car il fatigue physiquement plus rapidement.

Malgré plusieurs propositions, Monsieur S. ne veut pas enlever ses chaussures cette année, lors des séances de psychomotricité. Il ne veut pas qu'on lui masse les pieds, et associe cela à l'époque où il massait les pieds de sa mère.

Lorsque l'anxiété de Monsieur S. augmente dans sa vie quotidienne, il peut présenter quelques manifestations sensibles anormales. Le 9 octobre 2019, il fixe ma maîtresse de stage longuement dans les yeux. Il amène que son regard le transperce, et qu'elle a changé quelque chose dans ses yeux, qu'ils ne sont plus de la même couleur. La semaine suivante, il ne me reconnaît pas, et lorsque je me présente à lui il exprime que c'est sûrement parce que j'ai « changé de cheveux ». En février 2020, alors que le toucher thérapeutique est réalisé au niveau des tibias, il peut verbaliser « Ah oui là c'est bien, je sens bien que vous m'aplatissez l'os ! ».

Sphère tonico-émotionnelle

Monsieur S. est très préoccupé par son « problème à la jambe », qu'il nomme comme tel. Il est très anxieux, d'autant plus à l'approche des nombreux examens médicaux qu'il doit réaliser. De mi-novembre à mi-décembre 2019, les traits de son visage se sont cependant éclaircis. La présence de sa mère le rassure, il passe du temps avec elle. Il dort mieux aussi.

Durant les temps de toucher-thérapeutique à quatre mains, Monsieur S. peut abaisser son niveau tonique. Nous relevons tout de même que les mollets de Monsieur S. sont très durs, à l'image d'une carapace tonique autour de ses douleurs. En septembre 2019, Monsieur S. se relève très rapidement après le temps de toucher-thérapeutique. Début décembre 2019, je note qu'il reste allongé en décubitus ventral quelques instants. Il verbalise qu'il se sent détendu, contrairement à la nuit où il peut dormir sans être détendu.

Le 22 janvier 2020, Monsieur S. paraît beaucoup plus préoccupé que d'ordinaire. Il est complètement débordé au niveau tonique, ses gestes sont saccadés, ses traits du visage très écartés. Il nous dit alors qu'il a consommé de nouveau de la cocaïne cette dernière semaine.

Monsieur S. en a eu besoin, car l'anxiété liée à l'opération a pris trop de place. Il dit alors aller beaucoup mieux, et qu'il se sent moins grabataire (ses douleurs l'empêchant de marcher, il peut retourner se promener longuement.). Avec l'avis du médecin psychiatre qui le suit en CSAPA, Monsieur S. ira en hospitalisation dans un service d'addictologie durant les deux semaines précédant la date initiale de l'opération.

Les mois avancement, et Monsieur S. ne parle plus de ses consommations. En février 2020, il peut rester plusieurs minutes à la fin du toucher-thérapeutique allongé. De lui-même, il passe en position fœtale, se balance de moins en moins, et discute avec nous.

Sphère spatio-temporelle

Monsieur S. se présente toujours en avance aux séances de psychomotricité, de 30 à 45 minutes. Parfois, il se justifie en disant qu'il pensait que le rendez-vous était plus tôt. En fonction de son niveau d'anxiété, Monsieur S. peut passer de 20 minutes à 45 minutes en séance.

Nous relèverons surtout une impulsivité chez Monsieur S.. Lorsqu'il ne tient pas en place durant le premier temps de verbalisation, il se lève et demande à passer au sol très rapidement. Il en est de même en fin de séance, il peut se relever rapidement, ne pas prendre un temps de verbalisation, définir le prochain rendez-vous et quitter la salle prématurément. Ces temps de précipitation sont tout de même de plus en plus rares. Ils sont étroitement liés à son niveau tonico-émotionnel.

Au niveau de l'espace, Monsieur S. a pris des repères et autour d'eux, il n'investit pas l'espace. Il passe de la porte à la chaise, sur laquelle il s'assoit pour les temps de verbalisation, au tapis de psychomotricité qu'il prend soin de déplier et replier, à la chaise pour le temps de verbalisation, jusqu'à la porte pour sortir à la fin de séance. C'est un investissement spatial à l'image d'un protocole, qu'il ne faudrait pas transgresser au risque de perdre en assurance. Ce rituel a une fonction de réassurance, et de contenance.

L'alliance thérapeutique est créée en psychomotricité et Monsieur S. a pu prévenir à plusieurs reprises de ses absences, qui se font de plus en plus rares. Monsieur S. présente toujours des carences au niveau de son enveloppe psychocorporelle et de sa régulation tonico-émotionnelle. Nous pouvons tout de même observer de nombreux progrès quant à la verbalisation de ses vécus et à l'intégration de ses perceptions, séance après séance.

b) Madame L.

- Origine de la demande – Histoire des consommations

Madame L. se présente le 10 juillet 2019 au CSAPA afin de bénéficier d'une prise en soin liée à une polyconsommation de toxiques. Son accueil est alors réalisé le 23 juillet 2019, par un psychiatre et par la psychomotricienne de la structure.

Madame L. a débuté ses consommations il y a dix ans, dans un contexte festif. Ces consommations sont devenues problématiques, selon elle, il y a cinq ans. Elle consomme 20 cigarettes, des benzodiazépines et 2 grammes de cocaïne par jour (sniffée). Lorsqu'elle n'a plus de cocaïne, environ une fois par semaine, elle peut fumer 4 galettes de crack (inhalées). Enfin, elle boit 2 à 3 verres d'alcool le soir, qu'elle définit comme « prendre l'apéro », souvent avec ses amis. Madame L. présente un trouble du comportement alimentaire, caractérisé par des accès d'hyperphagie suivis de conduites de purge.

Madame L. a aussi consommé du Subutex⁴ durant 2 ans mais a commencé à diminuer en janvier 2016. Elle a consommé du tramadol⁵, prescrit à la suite d'une opération. La dernière prise remonte à un an. Occasionnellement, elle peut sniffer de l'héroïne.

Madame L. recherche l'arrêt de la douleur dans ses consommations : « Je ne suis pas là. », « Mon corps bouge tout seul. ». Elle ressent une dissociation somato-psychique lors de la prise du premier rail de cocaïne. Lors de ses consommations de cocaïne, elle peut faire de la tachycardie, des crises d'angoisse et avoir des hallucinations visuelles. Ce n'est pas le premier rail qui déclenche ces effets, ce sont les suivants, mais elle se dit impuissante et incapable d'arrêter lorsqu'elle commence à y penser.

Durant ces cinq dernières années, Madame L. a fait trois *overdoses*, et a été victime de quatre accidents de la voie publique. Les consommations de Madame L. alternent entre des prises de toxiques et des épisodes d'hyperphagie suivis de conduites de purge : elle consomme pour ne pas manger, culpabilise de son état après coup, donc mange par culpabilité, puis culpabilise d'avoir mangé et se purge, pour reconsommer pour ne pas manger, *etc.* La culpabilité est donc un état qui traverse constamment Madame L..

⁴ Le Subutex est un traitement de substitution utilisé dans le sevrage des toxiques illicites.

⁵ Le tramadol est un antalgique, de la famille des opiacés. Un usage prolongé peut entraîner une dépendance.

- Eléments d'anamnèse

Madame L. a 32 ans et est fille unique. Elle vit à proximité de sa mère, sa grand-mère, deux de ses tantes et un cousin. Sa famille possède un terrain sur lequel sont construites plusieurs maisons. La relation avec son père est « tendue ». Il est remarié, nous n'en saurons pas plus. Elle a pu habiter auparavant dans un appartement, mais elle l'a vendu et est revenue près de sa famille. La vente de son appartement lui a permis de rembourser ses dettes.

Madame L. est secrétaire médicale et a arrêté de travailler il y a cinq ans. Cette date correspond à deux événements dans sa vie : la rupture avec son compagnon, qui consommait avec elle, et l'augmentation massive de ses consommations de cocaïne, qui sont pour elle devenues problématiques à ce moment-là.

- Antécédents médicaux/psychiatriques

Madame L. s'organise autour d'un trouble de la personnalité borderline. Elle a engagé une psychothérapie en 2018. Elle a été prise en soin dans deux structures de soins en addictologie, ainsi que dans un CMP. Elle a été hospitalisée trois fois pour ses problématiques addictives et son trouble du comportement alimentaire.

Madame L. a, depuis plusieurs années, des désirs de grossesse. Cependant, elle est atteinte de la maladie de Basedow⁶ et d'endométriose⁷. Son endométriose se caractérise par de fortes douleurs au moment des menstruations, mais aussi par la remise en question de sa fertilité. Elle dit que les douleurs d'endométriose lui rappellent qu'elle ne peut pas avoir d'enfant, à chaque fois. Madame L. a aussi une phobie du feu et présente des épisodes dépressifs.

- Histoire et présentation psychocorporelle

Madame L. est une femme élégante, à la silhouette élancée. Pour imager, Madame L. présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 16,6 (elle pèse 55 kilogrammes et mesure 1,82 mètres). Elle est donc en insuffisance pondérale ou maigre. Elle a de grands yeux bleus. Elle peut se présenter aussi bien le visage maquillé et très bien sur elle, que le visage décoiffé et pas maquillé, les traits abîmés. Madame L. s'habille avec un haut long et large qui cache ses formes, elle est repliée sur elle-même, et rase les murs lorsqu'elle se déplace.

⁶ Maladie chronique ayant comme symptôme une surproduction des hormones thyroïdiennes.

⁷ Maladie chronique caractérisée par un développement anormal du tissu endométrial hors de l'utérus.

Le bien-être recherché par Madame L. dans ses consommations et ses conduites alimentaires contraste avec le manque, les effets indésirables et la culpabilité qui leur sont associés. Lors de la consommation d'alcool, Madame L. est désinhibée : « Je souris, je fais n'importe quoi ». Elle rapporte des conduites à risque sexuel dans ces moments-là, mais en garde peu de souvenirs. Elle justifie les effets amplifiés de quelques verres d'alcool par sa morphologie.

Le sommeil et l'endormissement sont aussi problématiques : Madame L. dort par épuisement, et ne se sent pas s'endormir. Le sommeil est assimilé à des angoisses de mort et des cauchemars fréquents.

Madame L. est aussi douloureuse. Elle décrit des sensations d'engourdissements et de courbatures du ventre aux jambes : « Ça tord, ça pique. ». De fortes douleurs sont présentes en lien avec son endométriose.

- Prise en soin au CSAPA

Madame L. est suivie par un psychiatre au CSAPA. Elle vient aussi trois fois par semaine à l'infirmerie pour récupérer son traitement, sa délivrance étant fractionnée à sa demande. Elle dit qu'il ne faut pas lui faire confiance et ne pas lui délivrer le traitement pour la semaine.

Madame L. investit différemment chaque espace. Elle alerte sur son état lors des moments informels, dans les couloirs et au secrétariat. Elle se veut beaucoup plus rassurante lors de ses consultations avec le psychiatre. Elle passe beaucoup de temps à l'infirmerie, où elle se confie spontanément aux infirmières quant à ses vécus psychocorporels.

- Prise en soin en psychomotricité

L'indication en psychomotricité a été posée pour donner suite au rendez-vous d'accueil de Madame L., car ses problématiques psychocorporelles sont au premier plan de sa demande de prise en soin. Elle exprime d'ailleurs elle-même la volonté d'un accompagnement psychomoteur.

L'évaluation psychomotrice s'est déroulée le 25 novembre et le 4 décembre 2019. Lors de la première séance de l'évaluation psychomotrice, Madame L. définit son objectif en

psychomotricité : « Je voudrais que mon corps se détende un peu ». Elle a ensuite été hospitalisée une semaine, ce qui a espacé les deux séances réalisées.

La deuxième séance de l'évaluation psychomotrice avec Madame L. commence par une discussion autour de ses douleurs, liées à l'endométriose. Elle ne pourra, ce jour, qu'effectuer les items ne demandant pas d'efforts physiques. Nous comprenons sa douleur et lui rappelons qu'elle peut à tout moment demander d'arrêter la séance si cela est insupportable pour elle. Nous lui proposons alors des épreuves sur table.

Sémiologie psychomotrice au moment de l'évaluation

Schéma corporel et image du corps

L'évaluation des somatognosies⁸ est réussie. Cependant, lors de l'énumération des parties du corps, Madame L. en fait une liste très restreinte : tête, bras, hanches, ventre, cuisses, seins, côtes, dos. Ces parties du corps rejoignent la dysmorphophobie⁹ que peut présenter Madame L.. Elle se trouve trop carrée au niveau de ses hanches et dit aimer être maigre. Elle se maquille parfois, et dire que son visage est l'unique partie de son corps qu'elle aime dans ces moments. Son corps lui renvoie une image de « toxico ».

En mouvement, Madame L. se sent « étriquée » et « rigide ». Pourtant, l'amplitude de ses mouvements articulaires est correcte lors des mobilisations actives et passives. Les mouvements réalisés sont mis en lien avec une pratique sportive. Elle verbalise alors « ne plus bouger ». Lorsqu'on lui demande de réaliser tous les mouvements possibles avec les hanches, Madame L. a comme un blocage. Elle verbalise que c'est compliqué pour elle. Les items de l'évaluation de la motricité gnosopraxique distale sont bien réussis et la rassure sur ses capacités à se mettre en mouvement.

Le dessin du bonhomme de Madame L. (cf *infra*, p. 62) représente une femme, maigre, avec des formes, mais un visage fermé et inexpressif. Les contours du corps sont réalisés par des petits coups de crayon, ils ne sont pas réguliers. Madame L. nous rapporte que cette personne lui ressemble et a l'air triste, elle ajoute « ah ça y est, je vois où voulez en venir ! ». Nous lui proposons de dessiner un autre bonhomme, peut-être plus expressif si elle le souhaite. Elle dessine alors un homme, joyeux, mais dont le corps est informe. Les deux dessins sont

⁸ La connaissance des somatognosies est celle des différentes parties du corps et de leurs liens.

⁹ La dysmorphophobie est une préoccupation excessive concernant une anomalie d'une ou plusieurs parties du corps.

coupés par le bas de la feuille au niveau des cuisses, ils ne sont pas fermés. Les personnages semblent fondre.

Madame L. présente des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, avec un investissement de son corps qui semble scindé en trois entre :

- le haut du corps avec le visage, les épaules, les bras et mains qui sont investis positivement ;
- le tronc comprenant la cage thoracique et le ventre, ainsi que le bassin et les cuisses, sont difficiles à investir car chargés d'affect ;
- les cuisses à partir de leur milieu jusqu'au bas du corps, qui ne sont pas investis.

Sphère tonico-émotionnelle

L'examen du tonus n'a pas pu être réalisé dans sa globalité, du fait des douleurs de Madame L., le jour de la passation des items. Lors des mobilisations passives, le tonus de fond tend vers l'hypotonie. On peut observer de nombreuses paratonies¹⁰ que Madame L. pourra verbaliser et corriger.

Madame L. est partagée émotionnellement entre le tout ou le rien : elle dit beaucoup pleurer, ou au contraire avoir un sentiment d'euphorie dans le cadre de ses consommations. Elle exprime aussi pouvoir être agressive lorsqu'elle ne consomme pas. Son état émotionnel fluctue selon les jours, voire au sein d'une même journée.

On observe chez Madame L. de nombreuses réactions de prestance et de contenance qui témoignent d'un manque d'assurance dans le contexte de l'examen psychomoteur. Elle verbalise aussi avoir des douleurs abdominales dans des contextes émotionnels particuliers, que l'on peut associer à des somatisations¹¹.

Sphère spatio-temporelle

La sphère spatio-temporelle n'a pas pu être évaluée du fait de l'arrêt imprévu du suivi.

¹⁰ La paratonie sont un trouble neuromusculaire qui entraîne une incapacité de résolution musculaire.

¹¹ Une somatisation est la manifestation physique ou physiologique d'un trouble psychologique.

Interruption de la prise en soin

Madame L., dans l'ensemble, a préoccupé une grande partie des soignants du CSAPA qui ont proposé plusieurs compléments à son suivi afin de répondre au mieux à ses demandes et ses besoins. Madame L. aurait aimé bénéficier d'une institution qui puisse l'accueillir le soir ou la nuit, afin de contrôler ses accès de consommations ou ses accès boulimiques. Malheureusement, il est difficile de répondre à cette demande : généralement, les foyers ou appartements thérapeutiques acceptent des patients sevrés depuis un certain temps déjà. Madame L. se sent donc capable de ne pas consommer la journée si elle est occupée par ses démarches administratives, ou si elle travaille, mais doute de sa capacité à ne pas consommer en rentrant chez elle. Elle témoigne un besoin de contenance.

Madame L. ne s'est pas présentée aux rendez-vous suivant ses deux premières séances d'évaluation. Le 11 décembre 2019, elle se présente à l'infirmierie et informe qu'elle ne pourra pas se rendre en psychomotricité, car elle a consommé de la cocaïne la veille au soir, et n'a donc pas dormi de la nuit. Le 8 janvier 2020, elle se présente effondrée au CSAPA. Elle a beaucoup consommé durant les fêtes. Elle a voulu arrêter, mais ses crises boulimiques ont augmenté en nombre et en intensité. Depuis, elle alterne entre une journée de consommation de cocaïne, et une journée où elle fait une crise de boulimie.

Pour donner suite à ce passage, ma maître de stage lui laisse un message vocal pour prendre de ses nouvelles. Elle réagit en remerciant ma maître de stage pour l'attention qui lui est portée, et peut, sous les conseils des infirmières du CSAPA, le lui dire en face. Nous lui proposons alors plusieurs rendez-vous, qu'elle accepte dans un premier temps. Elle ne viendra tout de même plus en séance. Elle semble alors nous éviter dans les couloirs du CSAPA, et fuit nos regards.

Lors d'une réunion en équipe le 28 janvier 2020, nous apprenons que Madame L. a des différends avec sa famille. Cette dernière s'épuise et ressent un sentiment de manipulation de la part de Madame L.. Nous apprenons aussi que Madame L. a une relation amoureuse, qu'elle semble investir. Elle a cependant besoin de tout contrôler dans cette relation, et préfère annuler ses rendez-vous lorsqu'elle est débordée par son anxiété. Pour faire face à la culpabilité associée à l'annulation des rendez-vous, et pour contrôler son anxiété, elle consomme. Les médecins psychiatres évoquent des problématiques narcissiques.

Le 30 janvier 2020, Madame L. est venue au CSAPA récupérer son traitement le matin. L'infirmierie n'ouvrant que le midi (c'est le cas chaque jeudi), les infirmières lui proposent de revenir à 14 heures. Madame L. refuse : « Laissez-tomber, c'est trop compliqué ici », « Annulez mon rendez-vous [avec le médecin psychiatre] vendredi ». Elle ne répondra alors plus aux appels téléphoniques, et ne se présentera plus au CSAPA.

Les problématiques limites de Madame L. illustrent bien des défauts de construction du lien, entravant la volonté et la possibilité qu'elle a à en créer. À travers ses consommations, elle alterne entre des sensations de vide et des sensations de plénitude, qui sont toutes deux insupportables. Madame L. est à la recherche d'un milieu contenant sur lequel elle peut se reposer afin de se faire confiance à elle-même, qu'elle associe à une structure idéale et idéalisée.

II – Théorie

1) La notion de vide

Nous commencerons cet exposé théorique en tentant de définir le vide. Beaucoup d'écrivains parlent du vide, en clinique, mais très peu le définissent. Nous nous appuierons donc d'abord sur des définitions générales, nombreuses du fait de la polysémie du mot.

Les deux parties suivantes tendent à conceptualiser le vide en clinique psychomotrice : le sentiment de vide et les angoisses sont prépondérants au sein des problématiques des sujets cocaïnomanes. Il paraît donc important de nous intéresser à leurs ressentis dans ces moments.

Enfin, nous aborderons les concepts qui permettent à l'enfant d'accéder à la permanence de l'objet : même si l'objet n'est plus là physiquement, il existe toujours et l'enfant n'est pas seul. Il est capable de retrouver symboliquement ces objets¹², lorsqu'il est nécessaire, afin de ne pas être confronté au vide.

a) Le sens commun

Toutes les définitions du sens commun du vide exposées dans cette partie sont tirées du dictionnaire Le Petit Robert (ed. 2013). Nous verrons que son sens balaie plusieurs champs de compétences : physique, astrophysique, philosophique, psychologique... Son interprétation est très subjective. Le vide est polysémique, et par cette propriété nous verrons qu'il sera difficile de le cerner dans un contexte psychomoteur.

- Le vide dans la physique et l'astrophysique

« Où il n'y a pas de matière. »,

« Espace qui n'est pas occupé par de la matière. »,

« Région de l'espace renfermant une quantité négligeable de matière et de rayonnement. » :

Le vide désigne ce qui n'est pas. Plusieurs physiciens se sont penchés sur ce sujet, dont Blaise Pascal par exemple, qui a prouvé que le vide de matière existait bel et bien et c'est d'ailleurs, de là, qu'est née la mesure de la pression en millimètre de Mercure.

¹² Les objets sont ce qui est extérieur au sujet, ils peuvent alors aussi bien être des personnes que du matériel.

- Le vide comme antonyme du plein

« *Qui ne contient rien de perceptible ; dans lequel il n'y a ni solide, ni liquide.* »,

« *Dépourvu de son contenu normal : une bouteille vide.* »,

« *Qui ne contient, ne renferme, ne possède pas (ce qu'il devrait normalement contenir)* »,

« *Qui est sans occupant, où il n'y a personne.* » :

Le vide est associé à un manque au sein d'un contenant. La bouteille est le contenant, l'eau est le contenu. S'il n'y a pas d'eau dans la bouteille, alors elle est vide. Cette définition provient de la philosophie et de la logique. Elle a aussi intéressé les mathématiciens et a permis l'invention du 0 : s'il n'y a rien, il faut pouvoir le nommer.

- Le vide perçu

« *Espace, milieu où il n'y a pas d'objets sensibles (choses ou personne), espace où il n'y aurait aucun corps solide (susceptible de servir d'appui) ; regarder dans le vide : espace considéré indépendamment de ce qui s'y trouve.* »

Le vide est ici lié au lien entre la perception et la sensation. Par l'ignorance de ce qu'il se trouve autour de nous, ou par la non-perception des flux sensoriels, nous sommes capables de créer du vide. Ce qu'il y a autour de nous ne nous importe pas et de ce fait n'existe pas pour nous.

- Le vide dans la psychologie

« *Espace vide ou solution de continuité, espace où il manque quelque chose, ce qui est ressenti comme un manque.* »

Le vide est alors défini en opposition à quelque chose qui a existé, on se sent vide lorsqu'il n'y a plus rien, lorsque l'autre part par exemple. Le manque n'a parfois pas d'objet intériorisé.

- Le jugement de l'autre comme étant vide

« *Caractère de ce qui manque de réalité, d'intérêt.* »

« Sans rien contenir, sans avoir l'effet normalement attendu, moment où une activité s'exerce sans effet utile ; passage à vide : baisse de l'activité ou de l'efficacité d'une personne (due à la fatigue, la maladie, etc.) »

Ces deux définitions relèvent des représentations, elles dépendent du jugement de quelqu'un. Elles laissent suggérer qu'une personne peut ne pas avoir d'intérêt suffisant, ou de rendement suffisant pour estimer une autre ou soi-même.

b) Le sentiment de vide

Le sentiment de vide est une perturbation émotionnelle du sens de soi. Le contexte sémantique et sémiologique complique sa définition, c'est pourquoi Virginie Salamin, Lucie Regamey, Eugénie Terrapon, Fabienne Fasseur, Isabelle Gothuey, et Florence Guenot (2018) ont mené une analyse quantitative du sentiment de vide. Elles en apportent une définition par critères, selon une approche descriptive, phénoménologique et psychologique. Nous essaierons d'organiser leur réflexion en créant un lien entre les manifestations du sentiment de vide et les items psychomoteurs qui leur sont attribués.

- Les sensations et perceptions dans le sentiment de vide

Le sentiment de vide a été décrit selon plusieurs critères, dont les *Sensations corporelles*. Les sensations sont issues du système de traitement des informations sensorielles : physiologiquement, le stimulus sensoriel entraîne une sensation, qui entraîne une perception, puis une interprétation. Cette dernière fait appel à la mémoire. Les sensations ici décrites sont proches de celles de la fatigue, mais aussi de la peur. Ce sont des sensations internes qui augmentent le niveau de vigilance et l'anxiété du sujet. Dans les représentations de certains sujets, la perception de ces sensations renvoie à la noirceur, à la dépression, et, *a fortiori*, à la mort. Le sentiment de vide est alors épuisant, oppressant et anxiogène.

Le deuxième aspect intéressant qui règne dans cette étude concerne la sensibilité générale (somesthésie). Il est décrit une manière pour les sujets d'agir sans conscience de le faire, tel un pilote automatique. Le sujet manque de réactivité aux stimulations externes et cela serait dû à un défaut de perception des stimulations externes.

L'absence de perception des flux sensoriels appauvrit, voire inhibe, les représentations liées aux sensations. Si les représentations émanant des flux sensoriels sont pauvres, l'anticipation des conséquences de l'action à réaliser et la prise de décision concernant l'action

à réaliser sont impactées. On observe des sujets qui ne réagissent pas, ou peu, à ce qui les entoure, qui désinvestissent leur corps.

- L'image du corps et l'identité dans le sentiment de vide

Plusieurs items définissent les manifestations du sentiment de vide sur l'image du corps, et l'identité du sujet.

L'*Absence de finalité* est caractérisée par une « *absence de sens ou d'importance, un désespoir, une incapacité à aller de l'avant, c'est-à-dire de faire, de réaliser des choses, de servir à quelque chose* » (Salamin et al., 2020, p. 20). Le sujet manque d'un projet de vie et de la pulsion qui pourrait l'animer pour atteindre ce projet. Il ne comprend ni le sens ni l'intérêt de sa vie, et trouve qu'elle n'est d'ailleurs pas vécue. Le sujet ne prend pas plaisir à être dans l'ici et le maintenant¹³.

La *Distanciation de soi* et la dépersonnalisation sont des processus qui intègrent la dimension traumatique des patients. Les sujets n'ont pas l'impression d'être à l'intérieur de leur propre corps, ni même du monde. L'interface entre l'intérieur et l'extérieur du corps n'est pas délimitée.

La *Confusion* correspond à l'impression que le sujet est perdu à l'intérieur de lui-même, il ne sait plus vraiment qui il est. Son image du corps est altérée, tout comme son identité. Au sein de cet article, ce symptôme est mis en parallèle avec une altération de l'identité : le sujet peut être amené à nier sa propre identité.

- Le temps dans le sentiment de vide

Nous nous intéressons à la donnée subjective du temps : celui qui passe trop vite ou trop lentement, en fonction de l'état affectif, des émotions ressenties, ou des stimulations sensorielles externes.

L'ennui est l'une des composantes qui a permis de définir le sentiment de vide, plus exactement le vide existentiel. Le temps est allongé, il ne passe pas. L'ennui est caractérisé par un environnement non-stimulant ou un défaut dans le processus perception et/ou de représentation des flux sensoriels externes et internes. Ces périodes d'ennui sont à la source de la conscientisation du vécu de vide des sujets. Elles sont alors redoutées, d'où l'hyperactivité de certains sujets : il convient de s'occuper l'esprit, d'occuper le corps par l'apport de flux

¹³ « L'ici et le maintenant » exprime l'instant présent dans ses dimensions spatiales et temporelles.

sensoriels pour ne pas être confronté à ce vide existentiel. C'est ce qu'apporte Gérard Pirlot (2012, p. 72) : « *Pressentant ce « vide intérieur », ces patients peuvent alors s'activer beaucoup, au point parfois d'être véritablement addicts au travail, au bricolage, au sport, à faire le ménage, etc. Sans cet « activisme », la vie est synonyme d'ennui, tant le vide intérieur domine ».*

- Les émotions dans le sentiment de vide

L'émotion est définie comme « *L'état particulier d'un organisme, survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations toniques et viscérales* » (Robert Dantzer et Michel Le Moal, 1991). L'*Absence de ressenti* est l'un des critères qui définit le sentiment de vide. Dans le sentiment de vide, les ressentis intérieurs font défaut. Selon la loi du tout ou rien, le sujet ne ressent que les émotions fortes, ou plus rien. Cette absence de ressenti est reconnue comme une manière de se protéger contre la douleur par inhibition des manifestations internes : le sujet ne sent ni la peur, ni la mélancolie, ni la tristesse et par ce principe ne les reconnaît pas comme des émotions le traversant.

- Les relations dans le sentiment de vide

Le dernier aspect qui nous intéresse dans le sentiment de vide concerne le relationnel. La *Solitude intérieure* est le fait de se sentir seul même en présence d'autres personnes et de ressentir un lien précaire entre soi et les autres au sein des relations amicales et d'amour. Cette solitude ne serait donc pas de la solitude à proprement parler, car le sujet possède un entourage qui tente de le soutenir, mais un sentiment de solitude. Il est lié à l'incapacité d'être seul (cf *Infra* La capacité d'être seul, p. 41), et donc à la difficulté d'intégrer la permanence de l'objet. Il y a aussi un rapport entre les déficits lors du processus d'attachement (cf *Infra* L'attachement, p.43) et le sentiment de vide..

La *Perte* est aussi l'un des critères qui nous aide à définir le sentiment de vide. Si le sujet parle de perte, c'est qu'il insinue que l'objet de manque était présent au préalable, il s'en souvient. Les sujets qui ont un sentiment de vide chronique vont quant à eux plutôt parler d'*Absence* que de *Perte* : ce qui était présent ne l'est plus depuis plus longtemps, son souvenir est plus lointain.

Le sentiment de vide est donc décrit par de nombreux symptômes qui font écho pour le patient à leur propre représentation du vide.

c) L'angoisse d'effondrement

L'angoisse de vide n'est pas définie à proprement parler. Le vide – tout comme la mort et la non-existence – a été relié par Eric W. Pireyre (2015) et Donald W. Winnicott (2000) à l'angoisse d'effondrement.

L'effondrement est une rupture du tonus postural. Le tonus postural est la forme de tonus qui nous permet de maintenir notre posture tout en luttant contre la gravité. L'angoisse d'effondrement, quant à elle, « *entrave le développement de l'image du corps, car l'enveloppe corporelle, construction psychique immédiatement consécutive et nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni « solide » ni contenante* » (Pireyre, 2015, p.174). L'effondrement tonique a donc lieu dans l'angoisse d'effondrement.

Dans l'angoisse d'effondrement, le rôle de l'environnement est de rendre l'éprouvé surmontable pour le sujet. Donald W. Winnicott décrit alors ses concepts de *holding*¹⁴ et *handling*¹⁵. La fonction contenante issue de ces principes permet au sujet d'être soutenu et ainsi d'éviter son effondrement tonique. Si l'environnement n'est pas assez contenant et ne joue pas un rôle de défense contre l'effondrement, alors se manifeste l'angoisse d'effondrement.

La dépendance à la figure d'attachement est absolue à la naissance, et s'atténue avec le développement de l'enfant. Lorsque l'enfant est dans cette phase de dépendance, la séparation peut entraîner des angoisses massives. Ces angoisses sont des vécus d'arrachement, du fait de l'illusion de la fusion entre l'enfant et sa figure d'attachement, mais aussi d'effondrement, car plus rien ne porte l'enfant.

Donald W. Winnicott associe la crainte de l'effondrement à la mort, au vide et à la non-existence. À propos du vide, « *le patient craint ce que le vide a de terrible. Il s'en défendra par un vide sous contrôle, organisé en ne mangeant pas ou en n'apprenant pas [...] ou encore il se remplira impitoyablement avec une avidité compulsive qui semble folle* » (Pireyre, 2015, p. 180). On comprend là que si le patient se retrouve face au vide, il voudra le contrôler afin de ne pas angoisser. Dans notre exposé, le remplissage ou avidité compulsive peut être la consommation de cocaïne.

Eric W. Pireyre défend l'idée de Donald W. Winnicott. Ne pas surmonter l'effondrement précocement signifie s'exposer quotidiennement au vide et ne jamais s'en

¹⁴ Selon Donald W. Winnicott, le *holding* correspond au portage physique et psychique de la mère à l'enfant (par exemple le bercement). Il permet de contenir les angoisses du nourrisson, qui n'est pas assez mature pour le faire seul, et a donc une fonction de pare-excitation et de contenance.

¹⁵ Selon Donald W. Winnicott, le *handling* correspond à la manière dont les soins corporels sont apportés au nourrisson par la mère (change, toilette, repas, etc.). Il participe à la constitution des enveloppes corporelles par le toucher.

détacher. Le vide est aussi associé à la non-existence. Le sujet sera alors en quête de subjectivité et d'identité permanente.

d) Les apports de Donald W. Winnicott

Le vide, psychiquement, est associé à une non-représentation. Le sujet n'élabore pas une partie de ses ressentis. Cette partie a pour objectif d'apporter quelques éléments qui nous permettrons de construire les projets thérapeutiques des patients confrontés au vide. Nous allons étudier quels sont les mécanismes qui amènent l'enfant à construire ses représentations dans le développement normal, et donc à ne pas se retrouver face au vide. Donald W. Winnicott a apporté deux notions qui semblent essentielles : l'objet transitionnel et la capacité d'être seul.

- L'objet transitionnel

L'objet transitionnel est défini comme la première possession du « non-moi » du nourrisson, il peut être une peluche, un bout de tissu... Souvent, il prend le nom de doudou dans le sens commun. L'objet doit être indestructible, « *permettant à l'enfant d'agir sur lui ses mouvements pulsionnels sans risque* » (Blondel, 2004, p. 460).

Selon Donald W. Winnicott, le nourrisson pense que sa mère et lui ne font qu'un. Il est totalement dépendant de sa mère : si sa mère est absente, alors il ne peut exister. Le sein fait, au départ, partie de l'omnipotence de l'enfant. Le transitionnel commence lorsque l'enfant quitte le sein et se décolle de la peau de la mère : l'objet part, mais il va revenir.

Si la mère est « suffisamment bonne »¹⁶, alors elle donne la possibilité d'expériences intermédiaires : le nourrisson investit un objet, qui n'est ni vraiment lui ni vraiment sa mère. Cet objet est un peu des deux, le nourrisson peut dès lors commencer à jouer. L'objet transitionnel lui permet d'accepter les moments d'absence de la mère et même si elle n'est pas là, lui continue d'exister. Une différence entre soi et l'autre se crée petit à petit.

La finalité n'est pas de rompre le lien entre soi et l'objet, mais plutôt de l'intérioriser et de le poursuivre par l'imagination et le souvenir, en attendant que la mère revienne : « *La qualité transitionnelle de l'objet serait alors définie par le moment où il apparaît, c'est-à-dire comme préalable à l'internalisation de l'objet. Il dégagerait l'enfant du besoin de la mère elle-même, sans en dénier l'absence, et lui permettrait d'agir sur lui ses mouvements pulsionnels*

¹⁶ Selon Donald W. Winnicott, la mère suffisamment bonne est la mère est suffisamment présente, mais elle ne comble pas toujours son enfant, et inaugure des moments de séparation respectant la capacité de supporter cette absence de l'enfant. Un équilibre entre présence et absence se crée alors, permettant d'accéder à la capacité d'être seul.

sans risque » (Blondel, 2004, p. 462). L'objet transitionnel permet aussi, par cette intériorisation, de se construire ses propres représentations spatio-temporelles qui participeront à la constitution d'une identité suffisamment stable et consistante.

L'absence de l'objet transitionnel « *témoignerait d'un développement émotionnel très perturbé* » (Blondel, 2004, p. 460). La dépendance à la mère s'atténue parce que l'investissement psychique qui lui est accordé se déplace peu à peu sur l'objet transitionnel. C'est une étape du développement normal de l'enfant.

Si le transitionnel est mis à mal lors du développement émotionnel, alors la recherche des limites du sujet sera constante, il n'a pas intégré la frontière entre ce qui relève du moi, et du non moi. La rupture trop brusque peut être traumatique. Le manque et l'absence constituent un vide dans la vie psychique du sujet.

- La capacité d'être seul

La capacité de l'individu à être seul est l'un des passages les plus importants à acquérir lors du développement affectif. Donald W. Winnicott explique : « *La capacité d'être seul repose sur l'existence, dans la réalité psychique de l'individu, d'un bon objet* » (Winnicott, 1958, 208).

Lorsque le sujet est encore nourrisson, il est incapable d'être seul et cette immaturité est compensée par le support de la mère. La capacité d'être seul ne peut s'établir qu'en la présence de soins maternels suffisamment bons, rendant l'environnement sécurisant. Le bon sein est alors intériorisé, ainsi que la bonne mère, les bonnes relations, pour donner confiance à l'enfant dans son environnement externe et interne. Le sujet est alors capable « *d'être heureux même en l'absence d'objets et de stimulations externes* » (Winnicott, 1958, p. 208). La capacité d'être seul s'établit sur l'intériorisation des bons objets pour pouvoir les projeter lorsque ce sera nécessaire.

Par le jeu, l'enfant petit à petit va se détacher de sa mère. Il sera capable de jouer avec elle, puis seul à proximité de la mère, puis seul dans une autre pièce de la maison, puis seul sans sa mère. L'enfant s'éloigne progressivement de la mère, et la mère s'éloigne progressivement de l'enfant. La capacité d'être seul passe par ce moment où l'enfant joue seul tout en ayant connaissance de la présence de la mère dans un environnement proche, sans pour autant s'en préoccuper consciemment, et la sécurité apportée par la mère permet ce jeu. C'est la capacité d'être seul en présence de quelqu'un d'autre : « *La capacité d'être seul est basée sur*

l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un et que si cette expérience est insuffisante, la capacité d'être seul ne parvient pas à se développer. » (Winnicott, 1958, p. 210).

Si être seul peut s'avérer être un moment agréable pour certains d'entre nous, ce n'est pas le cas de tous. La capacité d'être seul peut ne pas s'être développée correctement. Le critère *Solitude intérieure* (cf *Supra* Les relations dans le sentiment de vide, p. 38) dans le sentiment de vide est l'une des manifestations de l'incapacité d'être seul. L'incapacité d'être seul plonge le sujet dans une solitude insupportable, dans laquelle il est impossible de projeter les bons objets. Il est livré à lui-même sans environnement contenant et se retrouve face au vide.

2) La notion de lien

Le lien est un objet « *qui sert à maintenir ensemble ou à attacher, retenir, fermer* » (Larousse, 2020). L'intérêt de cette partie est d'expliquer comment le lien à l'autre évolue lors du développement de l'enfant, mais aussi de comprendre comment les carences liées aux processus d'attachement, de séparation-individuation, d'intersubjectivité et de subjectivité peuvent amener l'adulte à un rapport pathologique au lien. Au sein de ce mémoire, nous nous intéressons au lien à l'autre, au lien à l'environnement et au lien à la cocaïne.

a) L'attachement

L'attachement est à l'origine de la sécurité de base de l'individu et dépend particulièrement d'un environnement lui-même sûr. La théorie de l'attachement de John Bowlby a été précisée par d'autres recherches, telles que la *situation étrange* ou l'Adult Attachment Interview.

- La théorie de l'attachement

John Bowlby est un psychiatre et psychanalyste anglo-saxon. Il est à l'origine de la théorie de l'attachement élaborée au XX^{ème} siècle. Pour lui, la construction des premiers liens entre l'enfant et la mère - ou celui qui détient ce rôle, le « care-giver » - répond à un besoin biologique fondamental. Suzana Tereno, Isabel Soares, Eva Martins, Daniel Sampaio et Elizabeth Carlson (2007) résument en partie cette théorie. Si les auteurs parlent de « mère » dans leurs travaux, nous préférons utiliser le terme de « figure d'attachement ».

Au cours de la première année de vie, on observe une discrimination perceptuelle de la part de l'enfant envers les personnes qui l'entourent : il sourit, vocalise et suit plus longtemps le regard en direction de sa figure d'attachement par rapport aux autres personnes. L'attachement de l'enfant est visible par ses émotions en fonction de la distance à sa figure d'attachement : sourires, cris de joie ou pleurs. Le déplacement, en rampant par exemple, est tout autant démonstratif. John Bowlby considère alors que plus l'enfant grandit au cours de ses trois premières années de vie, plus les manifestations témoignant l'attachement sont fortes.

John Bowlby relève aussi que c'est l'enfant qui prend l'initiative de rechercher une interaction lorsqu'il ne se sent pas bien, ou lorsqu'il en a besoin : il est actif et acteur. La relation d'attachement est donc la résultante des interactions conjointes entre la figure d'attachement et l'enfant. Ils y trouvent tous les deux un sentiment de satisfaction et de plaisir, ce qui les pousse à reproduire ces interactions. Par la répétition, les sentiments d'attachement s'inscrivent.

À partir de trois ans, les comportements d'attachement seront de moins en moins flagrants à observer. L'enfant peut se détacher de la relation avec sa figure d'attachement s'il remplit trois conditions : il se trouve en présence de personnes familières, il est en bonne santé et il sait qu'il retrouvera sa figure d'attachement bientôt. Un sentiment rassurant est alors inscrit en lui, c'est la sécurité interne. Dans cet éloignement, les figures d'attachement ont un rôle de soutien physique et psychique.

À l'âge adulte, les comportements d'attachement sont réactivés par des événements venant perturber la sécurité interne de l'individu : maladie, malheurs. Nous pouvons associer ces événements perturbateurs à un accident, un deuil d'un proche, tout autre événement traumatique, mais aussi à des périodes où le moral peut être moins bon. Ces comportements n'ont rien de dégressif : ils sont inscrits comme des besoins vitaux pour l'Homme, et ce, tout au long de sa vie.

Une grande part de cette théorie de l'attachement est enrichie par les travaux de Marie Ainsworth : la situation étrange.

- La situation étrange

La situation étrange a permis une classification des différents types d'attachement, en fonction de l'adaptation comportementale de la figure d'attachement aux demandes de l'enfant, et vice-versa.

Marie Ainsworth a étudié la nature des attachements en Ouganda chez des enfants, afin de vérifier la théorie empirique de l'attachement. Ses travaux ont été publiés en 1978. La situation étrange proposée « *consiste en une série de huit épisodes, qui incluent des séparations et des réunions entre l'enfant et sa figure d'attachement, ainsi que l'introduction d'un adulte étranger dans la pièce d'observation* » (Tenero et al., 2007). À partir des observations des interactions entre la figure d'attachement et le bébé, Marie Ainsworth a établi une classification de l'attachement en trois catégories :

- L'attachement sécure : l'enfant est actif et confiant dans la relation à la figure d'attachement. Le comportement de la figure d'attachement est adapté, les interactions sont présentes et l'enfant est porté psychologiquement et physiquement ;
- L'attachement insécure ambivalent/anxieux : l'enfant n'est pas confiant dans sa relation avec la figure d'attachement, ses émotions sont confuses entre anxiété et colère, en particulier lors des moments de séparation. La figure d'attachement cherche à apporter de la sécurité à l'enfant en vain ;

- L'attachement insécure évitant : l'enfant interagit peu avec sa figure d'attachement et est dans un contrôle excessif de ses émotions. Il ne recherche pas sa figure d'attachement après la séparation, ne manifeste pas directement de la colère mais l'exprime par évitement.

Le pattern d'attachement évalué au moment de l'enfance a un impact sur la gestion des émotions à l'âge adulte. C'est ce que démontre, en parti, les résultats de l'Adult Attachment Interview.

- L'Adult Attachment Interview (AAI)

L'AAI est un entretien semi-structuré, développé et étudié par Mary Main et Ruth Goldwyn en 1998, puis par Erik Hesse en 1999. Il s'adresse à une population adulte. Son but est de surprendre l'inconscient, en posant des questions autour de la relation avec les parents, du vécu des séparations, deuils, et la façon dont elles ont été surmontées. Les résultats placent alors les sujets au sein de quatre catégories, correspondant aux catégories de la situation étrange citées plus haut :

- sécure autonome, avec un discours cohérent, logique et concis ;
- insécure détaché, avec un discours peu élaboré, peu nuancé, pauvre en affect ;
- insécure préoccupé, avec un discours confus, chargé d'affect, parfois même virulent ;
- et non résolu/désorganisé, avec un discours interrompu ou désorganisé lors de la narration d'événements traumatiques.

La théorie de l'attachement, la situation étrange et les résultats de l'AAI sont en lien étroit. Il a été montré, notamment par Erik Hesse, que le style d'attachement de l'enfant correspond aux résultats de l'AAI de ses parents. Cela fait sens à travers la théorie de l'attachement de John Bowlby : la sécurité interne de l'enfant dépend de la capacité des parents à créer un environnement sécure pour lui.

Mary Main a ensuite montré que le style d'attachement de l'enfant était prédictif de l'AAI évalué à l'adolescence : la sécurité interne de l'enfant a un impact sur le devenir du sujet en tant qu'adulte.

Enfin, le lien entre la sécurité de l'attachement et la régulation des émotions a été montré à différents âges : chez les bébés (Mangelsdorf et al., 1995 ; Diener et al., 2000), chez l'enfant (Lay et al., 1995) et chez l'adulte (Cunliffe et al., 1999). Dans des situations induisant une émotion, les sujets ayant un attachement insécure tendent à inhiber l'expression des affects

d'avantage que les sujets ayant un attachement sécure. Les patterns d'attachement sécure savent utiliser leur environnement afin de réguler leurs émotions.

b) Le concept séparation-individuation selon Margaret Mahler

Margaret Mahler a décrit la manière dont le nourrisson et la figure d'attachement sont en lien à la naissance, puis tous le processus de distanciation entre les deux. Ces étapes participent à développer le sentiment de conscience de soi.

Les concepts sont connus sous le nom de « phase symbiotique du nourrisson », où l'enfant ne se différencie pas de sa figure d'attachement, puis le « stade de séparation individuation », que nous tenterons de définir. Les étapes d'individualisation sont marquées par les expériences plus ou moins bien intégrées de la séparation. Nous les mettrons en parallèle avec le développement psychomoteur de l'enfant. Elles sont au nombre de quatre :

- La phase de différenciation ou d'éclosion (de 4-5 à 9 mois) :

Par les prémices des coordinations motrices, l'enfant intègre peu à peu son schéma corporel. Il explore l'ensemble de son corps, puis le corps de l'autre. Les explorations marquent les premiers comportements de l'enfant, tournés vers l'extérieur, particulièrement en direction du visage de la figure d'attachement. À 8 mois, l'enfant se rend compte que sa figure d'attachement est séparée de lui et il a peur de la perdre. Ce phénomène se manifeste par des angoisses de séparation.

L'enfant commence à se déplacer par des retournements : « *L'apogée du processus d'éclosion semble coïncider avec le début de maturation de la locomotion active, qui provoque une poussée murationnelle accrue « vers l'action », la pratique de la locomotion et l'exploration de portions plus grandes de la réalité.* » (Mahler et Dupont, 2013).

- La phase des essais (de 10 à 16 mois) :

L'enfant acquière les déplacements, il peut alors s'éloigner ou se rapprocher de sa figure maternelle, et c'est lui qui décide de la distance à laquelle il veut se trouver. Sa figure d'attachement l'y encourage. Il est alors capables d'explorer et d'élargir peu à peu son environnement. Il est aussi capable d'établir des relations entre les objets et les personnes.

Entre 16 et 18 mois, l'enfant perd son sentiment de toute-puissance : par l'exploration de l'environnement, des événements viennent le surprendre. La figure d'attachement n'est pas toujours à proximité pour l'empêcher de se cogner par exemple.

- La phase de rapprochement (de 18 à 24 mois) :

L'enfant est partagé entre symbiose et autonomie. Il porte une grande attention à tous les faits et gestes de sa figure d'attachement, et lui demande beaucoup d'attention. Paradoxalement, il joue à s'éloigner, à courir. L'enfant progresse dans le langage : les jeux symboliques émergent. Il est capable de comprendre l'interdit et de supporter la frustration. Il lui est aussi possible et acceptable d'intégrer un tiers dans la relation à la figure d'attachement.

- Les débuts de la permanence de l'objet émotionnel (de 2 à 3 ans) :

Cette période est marquée par l'utilisation du langage, de l'imaginaire et de la mise en sens de ce qui se produit autour de lui. L'enfant utilise le « pourquoi ? ».

« *Au cours de la seconde moitié de la deuxième année, l'enfant devient de plus en plus conscient de son état de séparation physique.* » (Mahler et Dupont, 2013), l'enfant est séparé de sa figure d'attachement. Il est dans une période sociale : il joue avec d'autres enfants, utilise des pronoms personnels, structure le temps, et acquiert la permanence de l'objet.

L'arrêt du développement de séparation-individuation peut marquer des difficultés de séparation à l'âge adulte, comme on peut le rencontrer chez les patients état-limites et chez de nombreux patients addictés : « *Se séparer implique toujours de la perte, du renoncement, de la douleur [...]* » (Pirlot, 2009, p. 51).

c) Le concept d'intersubjectivité et de subjectivation selon Bernard Golse

Bernard Golse a défini les concepts d'intersubjectivité et de subjectivation. Ces concepts expliquent de quelles manières l'enfant est amené à se sentir différent de sa figure d'attachement, de son environnement, puis à se considérer comme une personne à part entière. C'est la construction de son identité.

- L'intersubjectivité

L'intersubjectivité est un concept qui découle de la psychologie du développement. Bernard Golse le définit comme un « *processus de la différenciation extra-psychique permettant à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct.* » (Golse, 2006). Elle se joue dans le champ des relations interpersonnelles. L'intersubjectivité est donc le processus qui permet à l'enfant, par les expériences qu'il traverse, de se vivre comme un être différent de l'autre. Ce processus est dynamique : il se modifie, se rejoue constamment selon les rencontres et le type d'interactions entre l'enfant et les autres.

Le système perceptif semble être un prérequis au processus d'intersubjectivité : « *On peut faire l'hypothèse d'un équilibre nécessaire entre d'une part le couple dialectique mantèlement-démantèlement (mécanisme inter-sensoriel) et le phénomène de segmentation des sensations (mécanisme intra-sensoriel), étant entendu qu'il n'y a pas de perception possible sans une mise en rythme des différents flux sensoriels.* » (Golse, 2006).

Le *holding* de la figure d'attachement est, lui aussi, un prérequis à l'intersubjectivité, par son rôle dans le bon développement des systèmes perceptifs de l'enfant et donc des interactions. Les interactions sont alors au premier plan dans ce processus, qui passe par une relation à la figure d'attachement suffisamment stable. L'accès au processus d'intersubjectivité dépend alors aussi de l'équilibre psychique de la figure d'attachement de l'enfant, au sens dont John Bowlby le développe dans la théorie de l'attachement.

Cette théorie permet d'affirmer que vivre l'objet à l'extérieur de soi, quel qu'il soit, suppose d'être en intersubjectivité.

- La subjectivation

Bernard Golse (2006) définit la subjectivation « *en tant qu'étape développementale permettant à l'être humain de devenir une personne, soit un sujet capable de se penser tel, et de se nommer comme tel (acquisition du "je").* ». Elle se joue dans le champ intrapsychique. Elle découle de l'intériorisation des représentations intersubjectives que l'enfant a avec son environnement.

L'enfant est, dès lors, sujet et non objet : il peut avoir un impact sur le monde découlant de sa volonté, il est acteur. Ce processus dépend alors de la réponse adaptée qu'apporte l'environnement à l'enfant.

d) Une vision contemporaine de la pathologie du lien par Anne-Christine Frankard

Anne-Christine Frankard a défini la pathologie du lien et de l'attachement en 2007. Elle observe des débordements comportementaux chez des enfants, associés à des demandes d'aide de la famille de l'enfant, de plus en plus précocement. Elle a alors pour réponse de constituer un groupe de travail concernant les troubles de l'attachement et les troubles de la pathologie du lien. Sa clinique s'appuie sur la prise en soin psychologique d'enfants adoptés ainsi que de leur famille adoptive.

La théorie de l'attachement selon John Bowlby apparaît pour Anne-Christine Frankard comme un croisement au niveau des différents champs conceptuels visant à définir la pathologie du lien. Le DSM-IV¹⁷ a même mis en évidence l'importance des facteurs environnementaux dans le développement de l'enfant, en répertoriant le « trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance ». Ce trouble est associé à une carence dans les interactions visant à soutenir le processus d'attachement, que nous définirons plus tard. Ces carences peuvent s'exprimer par « *une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection, des besoins physiques ou des changements fréquents des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant des liens d'attachement stables* » (Frankard, 2007). L'importance de la relation du sujet à son environnement est alors accentuée.

Anne-Christine Frankard met aussi en évidence que les capacités de discrimination sensorielle sont quasiment déficientes pour tous les enfants présentant un trouble de l'attachement. Cela se manifeste par une hypervigilance à ce qu'il se passe autour d'eux et une négligence de ce qu'il se passe pour eux. Elle ajoute, « *cette carte sensorielle faible est probablement le signe avant-coureur d'une faible conscience de soi dans le développement de la personnalité* » (Frankard, 2007). Cette immaturité sensorielle et affective est en lien avec un

¹⁷ Le DSM-IV, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), a été publié par l'American Psychiatric Association en 1994. Aujourd'hui, nous faisons référence au DSM-5, publié en 2013.

lien parent-enfant insuffisamment mentalisé : ils ne peuvent accéder à la capacité d'être seul (cf *Supra* La capacité d'être seul, p. 41) par exemple.

Anne-Christine Frankard fait un lien entre la pathologie du lien et le système hormonal. L'ocytocine et la vasopressine sont alors décrites comme des hormones qui, « *associées à la mémoire, interagissent pour assurer un attachement « sécuritaire »* » (Frankard, 2007). L'ocytocine est une hormone apportant un effet apaisant, elle est sécrétée par la figure d'attachement et lui permet de déclencher les contractions, mais aussi de déclencher les montées de lait. La figure d'attachement est alors apaisée lors des interactions avec l'enfant après la naissance, malgré des manifestations corporelles inconnues. Cela va être un support pour que s'établisse un lien sécuritaire entre la figure d'attachement et l'enfant. La vasopressine quant à elle, est une hormone anti-diurétique. Elle susciterait un sentiment de bien-être, car elle jouerait un rôle dans le souvenir et la reconnaissance.

Anne-Christine Frankard précise que l'évaluation du thérapeute doit pouvoir permettre d'identifier la nature de la souffrance de l'individu, et les mécanismes de défense qu'il a mis en place. Pour cela, il ne suffit pas que d'observer l'enfant seul, mais aussi de le considérer dans son environnement.

Dans la suite de la prise en soin, elle observe un certain nombre de rendez-vous manqués par les patients. Les prises en soin ont un rôle d'étayage dans les interactions et les séparations. Ces absences ne nuisent pas au processus thérapeutique : « *l'intermittence de ce lien révèle un aspect spécifique du traitement, représentant, dans de nombreux cas, une tentative d'inscription symbolique de la « présence-absence » ou, comme le souligne E. Corin (2003), de « retrait positif » permettant qu'un véritable lien puisse se tisser* » (Frankard, 2007). Le thérapeute occupe alors symboliquement la place de la figure d'attachement dans le processus d'intersubjectivité.

3) Addiction à la cocaïne

a) Quelques terminologies

- Dépendance

Le terme de dépendance remonte au XIV^{ème} siècle : dans la jurisprudence, de son sens premier, il signifie « *Tout accessoire d'une chose principale, de Tout ce qui tient ou se rattache à une chose sans la constituer essentiellement* » (Académie française, 1835). Il a évolué, et prend un second sens au XVII^{ème} siècle : « *Sujétion, subordination* » (Académie française, 1835). Cette notion de sujétion relie l'origine de l'addiction, toujours avec une particularité autour de la place d'objet de la personne addictée ou dépendante. Une personne est soumise à une autre, ou à quelque chose d'autre, si elle est dépendante. La dépendance, au sens médical, a été définie en 1990 par le psychiatre Aviel Goodman comme « *Un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives.* » (Laqueille & Liot, 2009, p. 613).

L'Organisation Mondiale de la Santé a introduit le terme de « dépendance », plutôt que d'« addiction » ou d'« accoutumance » en 1964. La 10^e Révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) propose une définition du syndrome de dépendance : « *Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Cette définition, ainsi que les critères diagnostics proposés, s'appliquent à l'ensemble des catégories de substances psychoactives.

L'OMS a aussi défini les directives pour le diagnostic de dépendance, au sein de la CIM-10¹⁸. On retrouve deux aspects distincts de la dépendance, l'un psychologique et l'autre physique. L'aspect psychologique se traduit par les termes de « désir », « compulsion » ou encore de « contrôle ». L'aspect physique quant à lui se rapporte au syndrome de sevrage et au phénomène de tolérance.

¹⁸ Cf *infra*, annexe I, page I.

- Addiction

Le terme « addiction » est né du latin *ad-dicere* qui signifie « dire à », dans le sens d'attribuer quelqu'un à quelqu'un dans un contexte d'esclavage. Le terme d'esclavage est donc associé à l'asservissement, la servitude, qui prive de liberté. Charles Rozaire et al. (2009) ont tenu à en donner une définition plus actuelle. L'addiction, au sens moderne, contient aussi cette notion de privation de liberté, de soumission à quelque chose de plus fort entraînant une dépendance à un produit ou à un comportement. La limite entre être sujet et être objet est donc atteinte : la personne addictée devient elle-même objet de son objet d'addiction. La définition de l'addiction a intégré un sens scientifique avec l'apparition de l'addictologie, c'est-à-dire l'étude du rapport entre la personne addictée et l'objet d'addiction. Cette nouvelle discipline est biologique, physiologique, sociologique et médicale. L'addiction au sens médical est définie par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives comme : « *Une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives.* » (MILDECA, 2015).

L'American Psychiatric Association a établi des critères diagnostic de l'addiction au sein du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)¹⁹. L'intérêt de cette classification tient dans la reconnaissance de l'addiction comme un trouble psychiatrique. Cela va impacter les structures de prise en soin, et donc la spécialisation des professionnels exerçant dans ces structures. Elle permet aussi de faire le lien entre l'addiction au sens de maladie et les pathologies psychiatriques qui y sont associées.

L'addiction est donc le rapport pathologique entre un sujet et un comportement, ou entre un sujet et une substance. Les addictions à une substance concernent aussi bien des produits licites (alcool, tabac, *etc.*) que des produits illicites (cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines, *etc.*). Les addictions comportementales quant à elles concernent les problématiques addictives liées au jeu d'argent, au sexe, au travail, au sport, *etc.*

Nous allons voir à travers cet écrit à quel point l'addiction est à la fois une pathologie, et à la fois le symptôme de quelque chose de plus profond.

¹⁹ Cf *infra*, annexe II, page II.

b) De l'usage à la pathologie

L'usage des drogues ne se rapporte pas forcément à de la toxicomanie. L'usage normal et l'usage pathologique sont séparés par une fine frontière, et les critères diagnostics doivent nous aider à trouver de quel côté s'y placer à un instant t . Nous distinguerons alors trois usages : l'usage simple, l'abus, et la dépendance.

L'usage simple est la consommation d'une substance ou la réalisation d'un comportement qui n'entraîne ni de conséquence nocive pour la personne ni pour autrui.

L'abus, ou usage nocif, est déjà un comportement à risque. Il est caractérisé par une consommation répétée, se répercutant dans les domaines somatiques, psycho-affectifs et sociaux pour le consommateur ou pour son entourage. Le consommateur peut encore maîtriser ses consommations.

La dépendance vient acter la perte de liberté, de contrôle sur le comportement d'usage : « *La pierre angulaire de la dépendance est bien la perte de contrôle d'un comportement et la notion de compulsion et de craving*²⁰. » (Rozaire et al., 2009).

c) La cocaïne

- Histoire de la cocaïne

Les feuilles de coca sont consommées en Amérique du Sud, elles sont mâchées et présentes des vertus qui sont reconnues. Elles ont la réputation de diminuer les caries, la fatigue, la faim, et en tisane de diminuer les douleurs et de faciliter la digestion.

Sigmund Freud a étudié la cocaïne. Il la considère comme le « remède miracle » qui permet de lutter contre la fatigue et la dépression. Il la prescrit alors à ses patients et ses proches. Il était persuadé de trouver une molécule révolutionnaire contre la douleur, la dépression et aidant au sevrage de la morphine. Sigmund Freud se ravisa à la suite du décès de l'un de ses amis d'une *overdose*. Il publie alors des articles à propos des dangers de la cocaïne. La cocaïne a aussi révolutionné la chirurgie oculaire, par la découverte de Carl Koller. Elle a servi d'anesthésiant local.

En 1863, Angelo Mariani profite de cet engouement pour la coca en commercialisant du vin dans lequel des feuilles de coca ont macéré. Ce vin prétend avoir des vertus contre les états de faiblesse et ses mérites sont vantés par plusieurs personnalités. Plusieurs recettes, alcoolisées ou non, font leur apparition. En 1885, John S. Pemberton s'inspire de la recette du

²⁰ Désir irrépressible et violent de consommation de la substance ou du comportement d'addiction.

Vin Mariani pour créer le *french Coca Wine* et le *Coca-Cola*. En 1929, le Harrison Act (loi Harrison de taxation des narcotiques) fait retirer la cocaïne du *Coca-Cola*.

Durant les années folles, Paris devient capitale de la cocaïne. On en trouve à tous les coins de rue et sa consommation bat des records. Dans les années 1930, la consommation diminue drastiquement en Europe et aux Etats-Unis, par les lois anti-drogues votées. La cocaïne fera son retour dans les années 1970. Elle est alors la drogue des plus riches, et s'intègre dans le paysage du *traiding* et du commerce, malgré les effets néfastes qu'elle présente.

- Classification

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose la définition suivante pour le terme « drogue » : « *Produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non.* » (OFDT, 2002, p. 16).

La classification de Yves Pelicier et Jean Thuillier (1991) permet de catégoriser les produits en fonction de leurs effets sur le cerveau. La cocaïne est placée au sein des stimulants, son effet est de stimuler le fonctionnement du système nerveux : « *Ces produits favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent la fatigue. Ils induisent un sentiment fallacieux d'assurance et de contrôle de soi. L'effet est généralement suivi d'un état d'épuisement et de dépression.* » (Réseau National d'Information et de Documentation TOXIBASE).

La classification la plus récente découle du rapport Roques (Roques, 1998, p. 152). Elle permet de classer les substances en fonction de leurs effets neuropharmacologiques, et de cibler les risques sanitaires liés aux produits. La cocaïne est comprise parmi les stimulants psychomoteurs. Les facteurs de risque suivants sont alors relevés :

- Dépendance physique faible,
- Dépendance psychique forte mais intermittente,
- Neurotoxicité forte,
- Toxicité générale forte,
- Dangerosité sociale très forte,
- Traitements, substituts, ou autres excitants : existent.

- Consommation

Épidémiologie

Selon l'OFDT (2019), on considère que 2,1 millions de personnes ont expérimenté la cocaïne dans l'année en France, dont 600 000 usagers quotidiens en juin 2019. Les hommes consomment nettement plus que les femmes, avec un ratio de 2,6 pour 1.

En 2014, une analyse par catégorie socioprofessionnelle dont les résultats sont transmis par l'OFDT (2019) rapporte que ce sont les hommes employés, artisans, commerçants et agriculteurs qui ont le taux d'usage le plus élevé. Aussi, la population active en recherche d'emploi consomme près de quatre fois plus que la population active occupée.

La cocaïne est la substance illicite la plus consommée après le cannabis.

Environnement

La cocaïne est de plus en plus accessible, les lieux de consommations s'accroissent ces dernières années : « Bars, clubs, festivals, free-parties, cités, centres-villes ». Les usages sont de plus en plus banalisés et de moins en moins cachés.

Vente de cocaïne

Le prix de la cocaïne augmente ces dernières années. Selon l'OFDT (2019), son prix médian est de 70-80 € le gramme en ce moment.

La pureté de la poudre vendue augmente aussi, sa concentration est de 59 % tandis qu'elle était de 35 % en 2009 (OFDT, 2019, p. 5). Parmi les produits de coupe, la teneur en lévamisole est la plus élevée. Il a des propriétés chimiques semblables à la cocaïne donc augmente l'effet escompté. Le lévamisole a été retiré du marché pharmaceutique en 1998 en raison de ses nombreux effets indésirables graves.

Mode de consommation

Le plus souvent, la cocaïne est sniffée, c'est-à-dire aspirée dans les voies respiratoires par le nez. Les voies respiratoires sont des muqueuses donc la cocaïne passe rapidement dans le sang : l'effet est rapide, intense et dure relativement longtemps du fait de l'ingestion associée à la prise (coulée entre le nez et l'œsophage). De nombreux dispositifs de réduction des risques existent.

L'injection (ou shoot) constitue aussi un mode de consommation possible pour la cocaïne. Elle est intra-veineuse (privilegiée), intra-artérielle ou intra-musculaire (très rare). L'injection a pour avantage d'avoir des effets très rapides avec une quantité très restreinte, mais c'est aussi celle qui constitue le plus de risques infectieux : virus, bactéries, spores, abcès, *etc.*

La prise de cocaïne par plug (ou injection anale) se rapproche du sniff : les molécules entrent dans le corps par les muqueuses. Les effets sont très rapides et la prise n'engendre pas de perte de matière.

L'ingestion est le fait d'avaler le produit, dans une boulette de papier à cigarette (parachute) ou dans une boisson. Les effets mettent longtemps à arriver (15 minutes à 3 heures) puis durent dans le temps du fait de la grande superficie d'absorption des intestins. Le risque principal est la surdose : les effets mettent longtemps à paraître et le consommateur peut surconsommer pensant qu'il n'en a pas assez ingéré.

Fumer la cocaïne sous forme de poudre sur ou dans une cigarette est possible, mais la chaleur détruit le principe actif. La cocaïne peut alors être inhalée ou fumée lorsqu'elle est basée sous forme de crack et de free base. Plusieurs techniques existent, comme « chasser le dragon »²¹, les pipes, les kits crack, les cigarettes, *etc.* La prévalence des consommateurs de crack est de 1 pour 1 000, elle est concentrée principalement à Paris et semble progresser en Île de France et vers le Nord du pays.

d) Le mécanisme physiologique de l'addiction à la cocaïne

Le système mésolimbique est formé de neurones dopaminergiques du mésencéphale (neurones qui synthétisent la dopamine comme neurotransmetteur). Leurs corps cellulaires sont situés dans l'aire tegmento-ventrale (ATV) et leurs axones projettent au noyau accumbens, au tubercule olfactif, au cortex frontal et à l'amygdale.

La cocaïne va venir agir sur la voie mésolimbique du cerveau. Cette aire est impliquée dans la motivation, au niveau du circuit de récompense.

Le circuit de récompense compte trois composantes :

1. *« affective, correspondant au plaisir provoqué par les “récompenses” ; perception hédonique de la récompense ;*
2. *motivationale, correspondant à la motivation à obtenir la “récompense” ;*

²¹ « chasser le dragon » est le fait d'inhaler, par le biais d'un tube, une substance sur du papier aluminium. La substance est chauffée (par un briquet le plus souvent) sous le papier aluminium, ce qui lui permet de se liquéfier puis de s'évaporer.

3. *cognitive, correspondant aux apprentissages (conditionnement)* » (Université de Lille 1, 2012, p. 1).

Une sensation agréable (manger, écouter de la musique, *etc.*) donne l'envie de reproduire l'action qui a provoqué cette sensation agréable. La dopamine est le neurotransmetteur impliqué dans ce système de récompense. Elle est sécrétée lorsqu'un comportement agréable vient se produire : le circuit de récompense s'active, il y a renforcement positif.

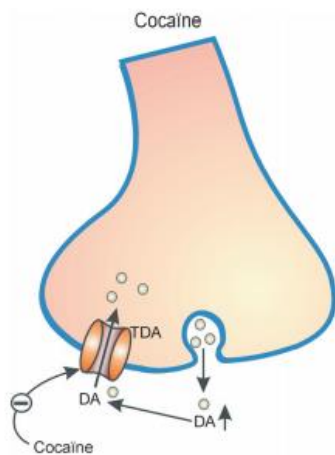


Figure 1 - Mécanismes d'action des psychostimulants sur les terminaisons synaptiques dopaminergiques : diminution de la recapture de dopamine (Katzung B. et coll., 2009)

La cocaïne, quant à elle, se fixe sur les canaux de recapture de la dopamine au niveau de la synapse. Cela signifie que lorsque la dopamine est sécrétée, les récepteurs à la dopamine captent la molécule normalement, mais en plus de cela la dopamine sécrétée en surplus n'est pas éliminée. La concentration de dopamine est alors plus élevée que la normale dans la synapse. Son effet est plus intense et dure plus longtemps. Le renforcement positif incite le sujet à reproduire la consommation de cocaïne.

La prise de cocaïne est donc associée à un effet euphorisant important, par une suractivation du système de récompense. L'effet est immédiat et très intense, durant 15 à 30 minutes. La dépendance à la cocaïne est psychique : ce sont des mécanismes psychiques, tels que l'affectif, la motivation et le cognitif qui sont stimulés.

Afin de se défendre, les canaux de recapture se développent pour faire face à l'effet de la cocaïne. Le mécanisme de tolérance à la cocaïne est alors facilement imaginable : pour le même effet, il faudra en consommer plus, puisqu'il y a plus de canaux de recapture à la dopamine à bloquer.

Cette défense explique aussi la dépression, ou la forte anxiété associée à l'arrêt de consommation de cocaïne. Dans la synapse, pour une quantité de dopamine sécrétée, la recapture est très importante du fait des nombreux systèmes de recapture qui se sont développés. La dopamine injectée dans le circuit de récompense est alors faible, en dessous du seuil habituel : l'affect, la motivation et la cognition sont impactés, il est plus difficile de ressentir le sentiment de plaisir, ou la motivation pour effectuer une action nécessaire, voire vitale.

III – Discussion

1) L'addiction à la cocaïne et le vide

Le vide est au-devant des problématiques addictives du sujet mais nous ne savons jamais vraiment d'où il vient. Nous allons tenter de le déterminer : d'où provient le vide ? Comment la cocaïne comble le vide ? Comment la psychomotricité peut agir sur l'interaction entre le vide et la cocaïne ?

Notre raisonnement s'étayera selon trois axes, le premier découle des sensations corporelles, le second des limites corporelles et le dernier de l'élaboration des vécus psychiques.

a) La cocaïne comble des sensations internes non intégrées

Parfois, le corps est vécu comme une absence de corps : il est angoissant, on ne le sent pas. Le vide sensoriel est angoissant. Qui n'a jamais angoissé de ne plus sentir une partie de son corps, engourdie. Est-elle encore là ? Nous la bougeons, nous la tapons. Les stimulations tactiles et proprioceptives sont nos premiers recours. Nous allons tenter de développer notre pensée autour de ce vide sensoriel.

La cocaïne est un psychostimulant : par sa fonction chimique, elle vient apporter des sensations corporelles. Cet apport de sensations viendrait calmer les angoisses de vide, d'absence, d'inexistence.

Les séances avec Monsieur S. commencent par un temps de parole. Durant ce temps, Monsieur S. est assis sur une chaise. Il se balance, d'avant en arrière, et nous parle de ses activités et ressentis de la semaine. Il semble en confiance à nos côtés.

La séance se poursuit sur un temps de toucher-thérapeutique. Il est allongé en décubitus ventral, sur un tapis. Ma maître de stage lui passe différentes balles sur son corps, en partant de la tête, à droite jusqu'aux pieds, et en remontant des pieds à la tête par la gauche. Ce moment est ponctué par un toucher inspiré du Shiatsu sur le dos. Ces séances visent à travailler sur l'élaboration des sensations corporelles par une stimulation des systèmes peau-muscles-os. Monsieur S. arrive aujourd'hui à demander ce qui lui ferait le plus de bien à travers ce toucher... Et systématiquement, la demande ressemble à « plus appuyé » ou « plus fort ».

« Plus fort », si bien que ma maître de stage se fait mal, physiquement, durant la séance. Si bien que nous sommes obligées de réfléchir à une autre forme de prise en soin. Nous demandons à Monsieur S. pourquoi veut-il que ce soit plus fort, et lui proposons plusieurs réponses afin d'élargir les possibilités. Selon lui, il ne sent ni la balle, ni la pression, si l'appui n'est pas suffisamment important.

Nous pouvons penser que Monsieur S. présente deux formes d'hyposensibilité :

- Une hyposensibilité extéroceptive, au niveau de la sensibilité cutanée (tact, pression et vibration) ;
- Une hyposensibilité proprioceptive et labyrinthique (système vestibulaire).

Une hyposensibilité se caractérise par un seuil d'excitabilité des récepteurs sensoriels concernés plus haut que la moyenne. Cela signifie que, pour percevoir autant de sensations qu'un individu lambda, Monsieur S. nécessite un flux sensoriel plus important. Par des pressions plus fortes ou par le mouvement continu, Monsieur S. recherche un apport de sensations.

Sur la base des informations fournies par les flux sensoriels, l'individu apprend peu à peu à connaître son environnement et sa place dans l'environnement. Les sensations, par le mouvement et l'expérience, permettent de construire et d'alimenter le schéma corporel comme peut le témoigner Julian de Ajuriaguerra (1970) : « *Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (Pireyre, 2015, p. 37). La construction du schéma corporel permet donc de sentir son corps dans l'espace. Cette bonne structuration du schéma corporel est indispensable à la sensation d'unité et de continuité du corps.

La cocaïne a un rôle d'apport de sensations corporelles. C'est un psychostimulant, elle anime sensoriellement les consommateurs : la stimulation est aussi bien physique, intellectuelle que sensitive. Elle a pour effet l'illusion d'une augmentation de la vigilance et une meilleure précision gestuelle. Elle déforme les perceptions sensorielles dont tactiles.

On peut retrouver chez plusieurs patients cocaïnomanes un processus similaire à ce que l'on peut trouver dans le trouble du spectre autistique ou dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité : la construction d'une seconde enveloppe pathologique, ou

« seconde peau », comme la décrit Esther Bick (1967). Ces patients se récupèrent dans le mouvement et tentent de retrouver quelque chose d'opérant dans la fonction de pare-excitation²². Ce qui semble pour nous être un excès de *stimuli* sensoriels, pourrait leur permettre de se sentir existés et contenus. Ils se procurent un sentiment d'enveloppe sécurisante. Les patients le disent d'ailleurs souvent : la cocaïne leur apporte confiance en eux et bien-être. Ce sont des sentiments étroitement liés à la présence d'un environnement sûr.

Chez Monsieur S., le mouvement et les pressions fortes lui apportent des sensations qui lui permettent de rester en contact avec son corps et l'apaisent. Nous cherchons à apaiser son sentiment de vide.

Nous proposerons donc, dans les séances suivantes, un enchaînement à quatre mains, sans médiateur, uniquement par pressions. Nous pourrions l'entendre dire clairement : « Ah oui, là je sens que vous écrasez mes os, c'est bien ! » et « C'est là que j'ai mal, vous pouvez insister sur cette partie. ».

Après ce temps de toucher, il peut alors cesser de se balancer quelques instants, prendre un temps calme, allongé sur le côté. Son timbre de voix est plus apaisé, ses traits du visage aussi. Ces quelques minutes semblent précieuses et agréables pour chacun.

L'apport de sensations et la création d'une sécurité interne peuvent s'inscrire peu à peu psychiquement et corporellement dans les représentations du patient. Le sentiment de vide corporel, car vide de sensation, est apaisé. Alimenter le système perceptif de nos patients par la psychomotricité peut leur permettre de ne plus avoir besoin de se procurer des sensations par la consommation de cocaïne.

b) La cocaïne dessine des limites corporelles aux consommateurs

La construction d'une deuxième enveloppe pathologique est induite par un dysfonctionnement de l'enveloppe corporelle première, celle de la peau. Cette dysfonction entraîne une fragilité des limites corporelles de l'individu, ce qui s'exprime par une attaque, voire une disparition progressive de l'image de soi. La cocaïne peut être une réponse à un vécu de transparence du corps.

²² La fonction de pare-excitation permet de protéger l'organisme des excitations provenant de l'extérieur, afin qu'elles ne soient pas perçues comme des agressions. C'est l'une des fonctions de la peau, selon Didier Anzieu (2006).

Eric W. Pireyre, a proposé le concept d'image composite du corps, qu'il définit :

« L'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (sensibilité somato-viscérale), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore.

L'image du corps ne peut pas être monolithique. Elle ne peut qu'être composée de plusieurs éléments différents. » (Pireyre, 2015, p. 47)

La peau est l'une des sous-composantes de l'image composite du corps.

Le bilan psychomoteur proposé aux patients permet d'évaluer qualitativement leur image du corps, et ce autour de plusieurs questions inspirées de l'entretien sur les représentations corporelles de Olivier Moyano :

- *Quelles sont les zones de votre corps que vous considérez comme fragiles, ou que vous n'aimez pas ?*
- *Quelles sont les zones de votre corps que vous considérez comme fortes, ou que vous aimez ?*
- *Si votre corps pouvait parler, que dirait-il ?*

À ces questions, Madame L. répond qu'elle considère tout son corps comme étant fragile. Elle se trouve carrée et est focalisée sur sa largeur, bien qu'elle sache que ce sont les os qui délimitent la largeur de ses hanches. Lorsqu'elle est seule, elle aime mettre des tenues moulantes : cela la rassure, elle aime être maigre, et pourtant elle dit ne jamais l'être assez. Aujourd'hui, elle a pourtant un pull ample, arrivant au premier tiers des cuisses. Madame L. n'hésite pas vraiment sur la dernière question, si son corps devait parler, il lui dirait « bouge-toi ! ».

- Puis, le patient est amené à réaliser un dessin du bonhomme, suivi de trois questions :
De quel genre est cette personne ? Qui est-elle ? Que fait-elle ?

Lors de la passation du bilan psychomoteur, nous proposons à Madame L. le test du dessin du bonhomme. Elle réalise alors le dessin à gauche, ci-dessous.

Madame L. peut nous dire qu'elle a dessiné une fille. À la question, *Comment s'appelle-t-elle ?*, Madame L. nous répond « Je ne sais pas, elle n'a pas de prénom. Elle a le regard vide, elle est triste ». À la question, *Que fait-elle ?*, elle nous répond « Elle est triste ». Elle peut alors verbaliser, « C'est un peu moi... », mais pas le corps, uniquement le visage. Madame L. propose alors de dessiner une personne plus joyeuse, et nous livre le personnage de droite ci-dessous. Ce second dessin, d'après Madame L., est masculin. Il sourit, et a eu une bonne nouvelle.

Je le perçois alors vide, il ne semble ni terminé ni fermé. Le corps n'a plus d'importance. Je compare ces deux dessins comme une représentation parfaite du clivage entre le corps et l'esprit.



Figure 2 - Dessin du bonhomme de Madame L.

Par la retranscription de l'interface qui est la peau, les frontières semblent sur ces dessins irrégulières et parfois même incohérentes.

D'un point de vue physique, Eric W. Pireyre (2015) établit sa théorie dès les vécus *in-utero*, lorsque la peau physique est très fine. Elle permet les échanges entre extérieur et intérieur du corps. Le rôle de barrière de la peau, entre le corps et l'environnement, n'est pas efficient. Nous pouvons penser que c'est l'environnement intra-utérin qui va venir jouer le rôle de contenant du corps. Eric W. Pireyre suggère et démontre cliniquement que ces vécus archaïques peuvent refaire surface.

À la naissance, le corps doit être contenu, et c'est la peau qui va venir peu à peu jouer ce rôle de contenant. Par l'utilisation du toucher de la figure d'attachement, la peau va peu à peu porter, contenir le corps : d'abord par le dos, comme le précise Geneviève Haag (1988). S'il s'avère que le système perceptif tactile présente une hyposensibilité, alors nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : la fonction barrière de la peau, entre le corps et l'extérieur, est déficiente. Les deux mécanismes de souvenir et de dysfonction peuvent alors coexister ou exister séparément.

Si la peau fait barrière, limite, elle contient l'intérieur de notre corps. Si la peau est trouée, percée, ou si elle est défaillante, alors le contenu fuit. L'intérieur peut se vider. Certains patients cocaïnomanes ne semblent pas avoir de corps, ou peu. Ils nous rapportent qu'ils se voient tristes, vides, ou encore transparents. Les vêtements viennent alors jouer un rôle important : ils cachent la transparence, comme des rideaux devant une fenêtre. C'est le manteau que les patients n'enlèvent pas, c'est la tenue moulante qui joue un rôle de carapace, ce sont les chaussures que les patients ne quittent pas, ces vêtements qui viennent former une seconde peau, contenant de corps vidés, troués, et aussi de corps remplis par les effets de la cocaïne.

Ce dont Madame L. a besoin est de se bouger. Le mouvement stimule les récepteurs proprioceptifs du corps. Nous voyons bien que les problématiques des limites corporelles sont liées aux stimulations sensorielles. Ce n'est pas seulement le schéma corporel qui est alimenté, c'est aussi l'image du corps. Le corps du cocaïnomane recherche constamment ses limites, et si les effets de la cocaïne peuvent venir stimuler le contenu du corps, alors le contenu va venir appuyer sur le contenant : la peau. Par cet appui, et le temps des effets d'une prise de cocaïne, les stimulations sensorielles vont dessiner les limites corporelles.

c) La cocaïne comble un vide psychique

Les enveloppes physiques et psychiques sont étroitement liées par les fonctions de la peau. La cocaïne peut tenter de remplir un vide laissé dans le psychisme, combler des vécus violents qui ne peuvent s'élaborer.

Eric W. Pireyre, en s'appuyant sur les travaux de Didier Anzieu, affirme que la peau a non seulement un rôle de limite physique entre l'intérieur et l'extérieur, mais aussi un rôle de contenance : « *La peau physique a aussi valeur de peau psychique.* » (Pireyre, 2015, p. 79). À travers sa théorisation du Moi-peau, Didier Anzieu explique que les expériences sensorielles passant par la surface du corps, c'est-à-dire la peau, vont venir fournir à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions.

Au sein des fonctions du Moi-Peau, nous nous intéresserons à la fonction de contenance : « *Le moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique* » (Pireyre, 2015, p. 82). Nous comprendrons alors que si le rôle de la peau n'est pas suffisamment efficient, l'enveloppe de l'appareil psychique ne l'est pas non plus. Si l'enveloppe psychique est poreuse, abîmée, alors le sujet peut développer des psychopathologies marquées.

Ce constat est partagé par Gérard Pirlot, qui a pu théoriser sur les cliniques du vide :

« *C'est justement un procédé semblable que met en œuvre l'enfant hyperactif lorsqu'il utilise son corps, ses muscles, et ses sensations pour s'exciter, de même que l'adolescent qui a recours aux conduites à risques, au piercing ou au tatouage : dans tous ces cas les sensations-perceptions corporelles servent de contenant à un psychisme en « quête de forme » et, passablement, « informe »* » (Pirlot, 2000, p. 70).

Nous retrouvons cette quête de stimulation sensorielle, qui cette fois, par le biais de la peau, va venir contenir le psychisme.

La consommation de cocaïne peut apporter des sensations corporelles et va stimuler ces enveloppes. Au sens psychosomatique de Mahmoud Sami Ali (2013), la consommation de cocaïne est un cercle vicieux : la solution au conflit entraîne le conflit lui-même. La consommation de cocaïne, par le phénomène de dépendance, appelle la consommation de cocaïne. Si les effets recherchés de la cocaïne ont une cause fondée, et si la cocaïne peut y répondre en partie, elle peut avoir des effets psychiatriques angoissants. Parmi eux, nous comptons : les attaques de panique, les hallucinations visuelles et tactiles, les angoisses paranoïdes. Les effets de la cocaïne créent de l'anxiété et attaquent la sécurité interne du consommateur. Ils ne contiennent finalement pas.

C'est aussi ce qu'Anzieu explicite concernant les altérations de la structure du Moi-peau chez les personnalités narcissiques et les états limites : « *Le contenu mal contenu devient un contenant qui contient mal.* » (Anzieu, 2006, p. 150) dans la manière dont contenu et contenant sont mis en scène. Dans notre exposé, l'addiction à la cocaïne est la mise en scène de ce processus. Durant la prise de produit, l'usager retrouve une enveloppe physique et psychique par ses effets psychostimulants. Seulement, les problématiques archaïques, celles de la dépendance et celles des troubles de l'image du corps, se rejouent avec les effets du produit. Ces vécus violents ne peuvent être symbolisés, ils laissent une place vide : on ne peut ni le nommer, ni l'élaborer. Après la descente, faisant suite à la prise de produit, le sujet est à nouveau confronté au vide ou à la carence interne, car l'effet stimulant de la cocaïne est terminé. L'angoisse de vide devient alors la problématique centrale du patient. Ce qui paraissait comme une réponse, ici la consommation de cocaïne, est en fait le contenant qui contient mal.

Le psychomotricien peut avoir un rôle de contenance. Il s'agit d'aborder les notions de limites, de permettre au patient de sentir son corps comme contenu : tenu, bordé, englobé.

Après le temps de toucher-thérapeutique à quatre mains, lorsque nous l'avons réalisé pour la première fois, Monsieur S. passe de la position de décubitus ventral à allongé sur le côté, en position fœtale, face à ma maître de stage, et dos à moi. Il se maintient alors dans cette position, une minute, peut-être moins, ma perception du temps est toujours un peu modifiée dans ces moments. La sensation de contenance du toucher-thérapeutique reste imprimée psychiquement. Le calme transparait.

Ce laps de temps passé, aussi minime ou long soit-il, Monsieur S. reprend son mouvement de balancement, d'avant en arrière. Une pointe de déception me traverse, comme s'il n'était déjà plus contenu par le temps de toucher-thérapeutique. J'ai envie, à ce moment-là, de poser ma main dans son dos. Juste la poser, pour lui donner un appui physique, pour le rappeler à la sensation de contenance qu'il a pu ressentir durant le toucher thérapeutique. Contre toute attente, Monsieur S. tourne sa tête vers moi, et me regarde. Il peut verbaliser quelque chose comme « ah vous vous cachez, mais vous êtes là ! », puis replace son visage en direction de ma maître de stage. Il ne se balance alors plus, l'ambiance calme et apaisante fait son retour. Sans le toucher, je fais fonction d'arrière-fond. Ma simple présence est un appui.

La contenance du psychomotricien s'étaye sur son cadre, mais aussi sa posture. Par son regard avisé des manifestations psychocorporelles du patient (posture, tonus et émotions, regard...), tous les indices non-verbaux entrent en compte. Le psychomotricien porte un regard empathique sur le patient, qui va amener de la réflexivité. L'une des médiations que nous allons utiliser est le toucher-thérapeutique. À l'image de la « mère suffisamment bonne », le psychomotricien va venir porter psychiquement et physiquement le patient.

Le toucher, par son apport direct (ou presque, les vêtements séparant), vient nourrir les enveloppes physiques et psychiques du patient. Le patient peut alors se laisser régresser, comme Monsieur S. nous le fait penser : après le toucher-thérapeutique, il se retrouve en position fœtale, se berçant, comme il a pu l'être dans le ventre de sa mère, puis par sa figure d'attachement. C'est d'ailleurs comme ça qu'il le décrit lui-même : « C'est comme un bercement automatique. ».

Les patients nous donnent des choses à vivre qui leur sont propres, elles ne viennent pas de nous. Notre rôle est de les accueillir, et de permettre au patient d'élaborer ses vécus par la

parole. La parole a alors un rôle de symbolisation, pour comprendre ce qu'il se joue dans ces temps. C'est la réflexivité du psychomotricien qui va venir faire contenant : le patient élabore ce qu'il est prêt à élaborer, et nous apportons un soutien contenant. Ce qui émerge au sein de cette approche ne laisse pas de place au vide, vide de sens.

2) La pathologie du lien et l'addiction à la cocaïne

Certains professionnels de la santé mentale qualifient l'addiction de pathologie du lien. Le lien est matérialisé par une dépendance à un objet, à l'autre, à soi. Relations étouffantes, blessantes, indispensables, ingérables, déconstruites : le consommateur de cocaïne est pourtant, humainement, à la recherche de son autonomie dans une relation saine.

À partir d'un processus d'attachement précaire, cette recherche d'autonomie est rapidement mise à l'échec. Le lien au produit devient envahissant et le sujet perd le contrôle sur la relation au produit qu'il a entamé, mais pas seulement. Le lien à l'environnement est lui aussi menacé.

a) La recherche de l'autonomie dans le lien à travers la consommation de cocaïne

Les patients cocaïnomanes ont le plus souvent des vies marquées par le rejet. Le lien à l'autre peut être attaqué lors de la construction de leur subjectivité, et ce, depuis les prémices de l'attachement. L'autonomie passe par la dépendance à la figure d'attachement, digne de confiance malgré l'absence et l'attente. Le lien au produit peut être une manière de repasser par ces enjeux : avant d'être objet de dépendance, il est objet de relation dans le but de gagner en indépendance. Les attentes vis-à-vis du produit sont multiples : de l'auto-suffisance avec le produit pour ne pas avoir à affronter l'autre, à la confiance en soi pour pouvoir entrer en relation avec l'autre.

Lors de son bilan, Monsieur S. avait confié qu'il consommait pour « être aussi à l'aise que les autres ». La recherche de l'autonomie dans la relation semble être au cœur de sa problématique. Par son effet psychostimulant, la cocaïne apporte une impression d'environnement sécuritaire permettant l'émergence de la confiance en soi, voire même de l'euphorie. Monsieur S. a pu nous le rappeler lorsqu'il a repris sa consommation de cocaïne, après plusieurs mois de sevrage.

Cela fait sept mois que Monsieur S. n'a pas consommé de cocaïne. Cependant, dans un mois et demi, Monsieur S. se fera opérer de la jambe : il est incapable de nous expliquer l'opération, mais « c'est une opération à risque, très compliquée ». Nous sentons Monsieur S. plus anxieux, séance après séance, à l'approche de cette opération.

Aujourd'hui, Monsieur S. semble différent, sa posture et son regard ne me sont pas familiers. Je me raccroche alors à sa voix, qui tremble moins elle aussi. Je remarque ensuite que ses yeux clignent peu, et je l'imagine les yeux secs et douloureux. Je ne peux écouter qu'à moitié ce qu'il dit, absorbée par les mouvements corporels anormaux du jour. Cet état me suit jusqu'à ce qu'une phrase me sorte radicalement de mes pensées : « J'ai... *fait le geste de sniffer de la cocaïne* enfin vous comprenez. » Je comprends alors mieux effectivement. « Juste un petit rail chaque jour, pas avant d'aller me coucher sinon je ne peux pas dormir. Ça ne se compte pas en gramme, ce n'est rien par rapport à ce que je prenais ! ». La cocaïne a modifié son état tonique : il est plus présent et en même temps la précipitation prédomine tous ses gestes, ses paroles. Je me souviens alors de ce qu'il pouvait dire qu'il cherchait à être aussi à l'aise que les autres. Pourtant, son hypertonie globale n'en est que majorée. Il prend de la place par sa précipitation, beaucoup de place : il monopolise la parole, se balance un peu plus vite et parle en faisant de grands gestes.

Nous lui demandons alors ce qui l'a poussé à consommer de nouveau, ce à quoi il répond : « Je me sens moins grabataire. Vous savez, je vais me faire opérer et je ne pouvais plus marcher. Là, je me sens bien, je peux faire des choses, je suis moins fatigué ».

Le lien à l'autre est directement lié à l'appréhension dans la relation, mais pour être en relation, il faut d'abord émotionnellement, avoir une base stable de confiance en soi. Nous savons que la régulation des émotions et l'attachement sont en lien étroit.

Monsieur S., comme d'autres patients cocaïnomanes, a connu un père maltraitant. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que l'insécurité éprouvée par ces patients provient d'un trouble de l'attachement développé dès le plus jeune âge, du fait de l'environnement insécuré dans lequel ils ont grandi. Leurs discours peuvent être peu élaborés, peu nuancés, et pauvres en affects, ou bien confus, chargés d'affects voire virulents. Le pattern d'attachement, insécuré, se répercute dans leur vie d'adulte. Cela pourrait expliquer pourquoi il est si compliqué pour eux de réguler leurs émotions. Ils débordent souvent d'anxiété, au détriment de l'expression d'autres émotions.

Le patient cocaïnomanie consomme alors peut-être, effectivement, pour être à l'aise, pour que son environnement, au moment de l'effet du produit, soit perçu comme sûr. Cet environnement sûr peut leur permettre de ressentir d'autres émotions, qui ne seraient pas parasitées par une anxiété persistante.

Le travail sur les émotions, et l'établissement d'un cadre thérapeutique sûr, vont être deux éléments indispensables à la prise en soin en psychomotricité du patient cocaïnomanie. Pour cela, des temps de verbalisation peuvent être proposés : en début de séance, afin de répondre aux problématiques anxiogènes que rencontre le patient dans sa vie quotidienne ; et en fin de séance, afin d'élaborer autour des sensations corporelles traversées au cours de la séance. Les réponses apportées durant les temps de verbalisation permettent aux patients d'abaisser temporairement leur anxiété, en leur proposant un environnement sûr sur lequel ils peuvent s'appuyer pour réguler leurs émotions.

L'espace de la séance, à travers une médiation adaptée à la problématique psychomotrice du patient, doit lui permettre d'expérimenter émotionnellement et expressivement les enjeux de la relation. L'intention est de produire des événements générant des émotions, afin de rejouer les interactions figure d'attachement-enfant. Cette fois-ci, les interactions ne sont pas défailtantes : le patient doit avoir la liberté de solliciter le psychomotricien lorsqu'il en a besoin, de manière active. Le psychomotricien, quant à lui, apporte des réponses adaptées et stables, afin qu'à force de répétition, le patient ait de moins en moins besoin de la réassurance du psychomotricien pour pouvoir se rassurer lui-même.

L'intérêt de ce processus est d'intérioriser ce qu'il se passe au travers de la relation thérapeutique, pour pouvoir reproduire à l'extérieur les prémices de relations stables : création d'un entourage amical, voire amoureux. La prise en soin en psychomotricité vise le passage du lien pathologique au produit, pour aller vers l'autonomisation dans la relation aux autres.

b) La perte de l'autonomie dans le lien pathologique à la cocaïne

En visant l'interdépendance dans la relation, c'est-à-dire se reconnaître soi-même et être reconnu par les autres, le cocaïnomane devient dépendant à la cocaïne. Si le schéma ci-dessous illustre l'aspect envahissant d'un trouble addictif à l'alcool sur la vie d'un sujet, il semble tout à fait pertinent pour illustrer aussi le lien à la cocaïne.

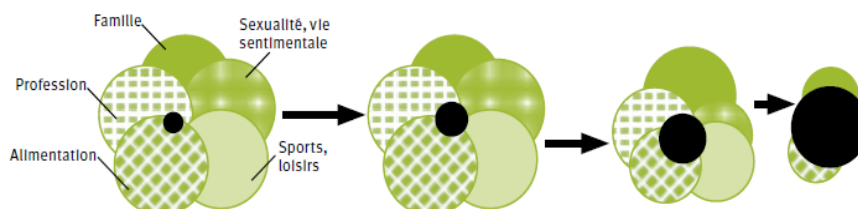


Figure illustrant, ici pour l'usage d'alcool, l'aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet. Au départ, l'usage d'alcool fait partie de comportements intégrés aux habitudes sociales de l'individu. Au fur et à mesure que le trouble addictif se développe, la perte de contrôle sur le comportement d'usage vient répercuter de manière de plus en plus importante les autres sphères de vie de l'individu. L'usage, et l'augmentation de l'usage, ne caractérisent pas en soi l'addiction. Il faut que des répercussions durables et importantes, en particulier sur le plan social, soient apparues, pour qu'un trouble médical soit défini.

Figure 3 – Aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet (Collège national des universitaires en psychiatrie, & al., 2016, p. 388)

La tâche noire représente alors la prépondérance du lien à la cocaïne, les autres sphères le lien à l'environnement de vie du sujet. Nous pouvons alors observer à quel point le sujet devient dépendant de la cocaïne, et perd le contrôle sur les liens entretenus à l'environnement : alimentation, profession, famille, sexualité, vie sentimentale, sports et loisirs sont touchés. La dépendance devient alors absolue, tel le nourrisson est dépendant à sa figure d'attachement. Ce phénomène rejoint la définition première de l'addiction : le sujet devient esclave du produit.

Lors de l'entretien du bilan de Madame L., nous abordons la question des consommations de cocaïne. Je la sens alors complètement désespérée : « Le premier rail, je veux vraiment le prendre, je sais que ça va être bien et c'est tellement bien, et je sais que le second ne le sera pas. Je sais qu'il va me rendre malade. Et pourtant, je le prends, parce qu'au fond de moi, j'espère qu'il me fera le même effet que le premier ». Elle peut rapporter que ce sera la même chose pour le troisième rail...

Madame L. a fait plusieurs *overdoses* cette année, elle admet perdre le contrôle. Elle présente les mêmes comportements lors de ses crises de boulimie ou lorsqu'elle rentre ivre avec un homme qu'elle ne connaît pas : elle sait qu'elle ne devrait pas le faire, mais elle le fait quand même. C'est plus fort qu'elle. Madame L., par ses comportements, peut se mettre en danger.

Et elle le sait.

Pour accéder aux relations intersubjectives, le cocaïnomanne devra tout d'abord se reconnaître comme étant différent de l'autre. Pour cela, il convient de se détacher de la cocaïne, et donc de repasser par le processus d'intersubjectivité : la cocaïne doit exister comme extérieure à lui, ils sont dissociables.

Nous partons du principe que les informations sensorielles liées au manque, au *craving*, aux consommations, puis à la descente, sont chaotiques : elles ne sont pas organisées et ne peuvent être intégrées. Ce chaos des informations sensorielles peut expliquer la progressive augmentation de l'anxiété des patients. Peu à peu, les informations sensorielles viennent envahir les pensées du consommateur, qui consomme selon un modèle de passage à l'acte. Or, ces passages à l'acte sont souvent des prises de risque pour le patient : *overdoses*, accidents de la voie publique, expositions à des infections sexuellement transmissibles, *etc.*

La prise en soin en psychomotricité peut avoir un rôle d'organisateur des affects et des sensations des patients. Peu à peu, il est possible d'emmener le patient cocaïnomanne à repérer et identifier les informations sensorielles liées aux consommations. C'est un travail, dans le même temps, de symbolisation primaire (en présence du produit) et secondaire (en l'absence de produit) : « *Il n'y a pas d'absence sans présence préalable, et il ne peut y avoir de présence sans possibilité d'absence.* » (Golse et Guerra, 2019b). Il pourra alors définir ce qui vient de ses ressentis propres en l'absence de produit, et ceux qui sont liés au produit. Le psychomotricien aura alors à faire un travail d'étayage constant et maternant vis-à-vis de l'identification des sensations corporelles et de l'élaboration des ressentis par le patient.

La seconde étape dans la reprise de contrôle du consommateur sur ses consommations dépend du processus de subjectivation. Elle découle de l'élaboration de la relation qu'il entretient avec la cocaïne : ils sont deux. Le consommateur doit pouvoir se sentir acteur de son environnement : il est sujet, et non objet. Il doit pouvoir sentir qu'il existe. Comme évoqué dans la partie théorique, la subjectivation apparaît comme une « *intérieurisation des relations intersubjectives* » (Golse et Guerra, 2019a) en prenant en compte l'histoire du patient. L'histoire de la relation au produit a alors toute sa place en séance de psychomotricité.

L'affirmation du patient va passer par son agentivité : il a un pouvoir sur ce qu'il se passe en séance. Il est alors important de laisser le patient s'exprimer à l'intérieur du cadre. Le psychomotricien a pour rôle de répondre à cela, le patient est considéré comme un sujet à part entière. Il sera important d'inciter le patient à utiliser le « Je » : j'ai ressenti, j'ai envie/je n'ai pas envie... Le patient devient alors acteur de sa séance en psychomotricité, pour être acteur dans ses relations.

c) L'évolution du lien pathologique vers une marginalisation

Nous avons d'ores et déjà évoqué que la personne, c'est-à-dire son héritage biologique, sa condition psychologique et sa condition physiologique, constituent une part importante dans le phénomène de dépendance, tout comme la substance elle-même, chargée de ses effets. Nous allons maintenant développer le pouvoir du contexte sur la dépendance : contexte social et contexte de consommation.

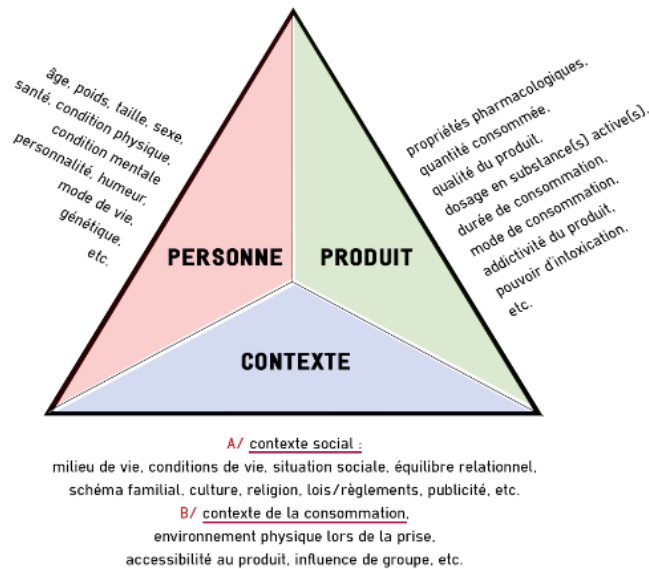
Télé réalité, festivals de musique, monde de la nuit, travail à responsabilités... Dans la culture populaire, la cocaïne est perçue comme la drogue des gens actifs, sociables, fêtards, *etc.* Le monde du cinéma participe grandement à cette image. On peut citer *Le loup de Wall Street* par exemple, où Léonardo Di Caprio, acteur reconnu par la société, sniff rail de coke sur rail de coke et devient l'un des hommes les plus influents de la planète. Pourtant, au sein d'une étude menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies sur la perception des produits, 82 % des personnes interrogées déclarent être d'accord avec le fait que « *ceux qui consomment de la cocaïne sont dangereux pour leur entourage* » (OFDT, 2019, p. 3). L'avis change donc du tout au tout, si le point de vue est sociétal ou si la personne est touchée directement dans son entourage.

La consommation de crack, quant à elle, est directement reliée à la violence et la pauvreté dans les représentations sociales : on pense à la « colline du crack » par exemple, terrain vague où cohabitent des camps de migrants, des dealers et des toxicomanes. On pense à une grande précarité, on pense aux personnes marginalisées, aux corps abîmés. En réalité, la cocaïne et le crack sont issus de la même molécule.

Si nous rattachons rapidement la substance à la personne qui la consomme, ainsi qu'au contexte de l'environnement, c'est qu'ils sont étroitement liés. C'est ce que la loi de l'effet ou triangle d'Olievenstein, nous illustre.

IMPORTANT

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour comprendre
- les effets de la consommation
- le consommateur



Triangle multifactoriel de Claude Olivenstein

INFOR
DROGUES
WE ARE NOT SCARED

Figure 4 - Triangle multifactoriel de Claude Olivenstein (Infor-Drogues)

Le modèle bio-psycho-social, décrit par Claude Olivenstein, semble aujourd'hui faire consensus. Il explique : « *La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité. Ce sont là trois dimensions également constitutives.* » (Olivenstein, 1983). Nous noterons que cette dimension rejoint la définition de Aviel Goodman. Cette approche multifactorielle pousse les CSAPA à proposer une prise en soin complexe et globale aux patients.

J'arrive un mardi après-midi à la réunion de concertation pluridisciplinaire. Le nom de Madame L. est inscrit à l'ordre du jour de la partie clinique. Ma maître de stage et moi ne l'avons pas vu en psychomotricité depuis un mois. Je trépigne entre impatience, curiosité et réassurance : je vais avoir de ses nouvelles. J'apprends alors que Madame L. est en conflit avec sa famille, qui s'épuise et se sent manipulée. Les relations deviennent toxiques. L'argent entre en jeu. Madame L. consomme 2 grammes de cocaïne par jour, à 60 euros le gramme. Je calcule rapidement, 120 euros la journée. Je sais qu'elle a pu avoir des dettes. Je sais que sa famille n'est pas précaire. Lorsqu'elle n'a plus de cocaïne, environ une fois par semaine, elle peut fumer 4 galettes de crack. Je me demande alors ce qu'elle peut devenir.

Je lui imagine un avenir tragique. Une femme, qui s'est coupée de sa famille, endettée par sa consommation de cocaïne. Une femme qui ne peut pas reprendre le travail tellement il est dur pour elle de s'inscrire dans un cadre contenant, sécurisant. Une femme qui tombe dans le crack, une femme précaire.

Je chasse ces images de ma tête, nous sommes là pour réfléchir ensemble à des solutions. Chaque jour au CSAPA me renvoie à cette réalité. Je peux y croiser ces personnes précaires, marginalisées. Tout transparaît : leur voix, odeur, apparence physique, regard. Chaque sens est sollicité.

La problématique de l'entrée dans la précarité ne place probablement pas le psychomotricien au premier plan. Son rôle sera notamment de veiller à ce que l'équipe de soin ne rejette pas le patient.

Monsieur S. a, par exemple, tendance à négliger ses soins d'hygiène corporelle. Par l'accompagnement psychomoteur et institutionnel, nous lui proposons de maintenir un lien qui le contient et qui contient le risque de précarisation. Le rôle du psychomotricien est d'observer ce qui se joue dans le langage corporel, ce qui se dégage, pour prévenir la marginalisation : la sensorialité est mise en jeu dans un élargissement de l'espace intime, personnel, puis social²³, autour du patient. Inconsciemment, le patient distancie progressivement l'autre. Le soutien en psychomotricité peut s'étayer sur un travail de structuration de l'espace, un travail autour de la proxémie, qui peut permettre de fournir aux patients un support dans la communication et donc dans la relation.

²³ Edouard T. Hall (Koechlin, 1973, p. 260) définit les distances interpersonnelles. De la plus proche de soi à la plus distante, on classe les distances : intime, personnelle, sociale et publique.

3) La structuration du narcissisme pour permettre le sevrage

Cette dernière partie met en relation ce qui a été évoqué au sein de cet écrit à propos du vide et du lien dans l'addiction à la cocaïne. Dans une prise en soin en addictologie, vient se poser à un moment donné, la question du sevrage du sujet à la substance. C'est cette question que nous allons explorer.

Par les carences que le sujet a développées lorsqu'il était enfant, les bases nécessaires à l'émergence du narcissisme sont très instables. Le sujet menace alors de s'effondrer face à des contenus insupportables ou des surplus émotionnels. Il n'élabore pas autour de ce qui est ressenti et doit se défendre contre le vide qui en découle. Le sujet fait un pas à côté de son corps, et consomme de la cocaïne pour l'y aider.

Retirer les consommations précocement place le sujet face au vide. L'environnement n'est plus stable, le narcissisme se fragilise davantage. Retirer les consommations réveille les angoisses d'effondrement.

Cette partie est alors dédiée à l'apport du cadre des institutions, ainsi qu'au rôle de la médiation en psychomotricité dans la prise en soin du patient addict.

a) Les failles narcissiques comme problématique de fond

La pathologie du lien reflète des carences affectives dès le plus jeune âge, et des manquements lors du développement psycho-affectif et psychocorporel de l'individu. Ces atteintes concernent son narcissisme, à la base de sa construction en tant que sujet. Le narcissisme de base peut être imagé comme un pilier : il est stable, il présente des failles, ou il s'effondre. Tout ce qui est construit au-delà en dépend.

La définition du narcissisme est complexe du fait des utilisations différentes qu'en ont fait les auteurs, il n'est pas seulement l'amour de soi. Nous nous appuyerons sur une définition contemporaine, apportée par Fabien Joly :

« Le narcissisme est pour faire très court : l'investissement libidinal du Moi ayant pour origine les toutes premières relations avec la mère. [...] Ce narcissisme peut être défini ou entendu comme étant donc l'investissement de soi (de sa propre personne) l'origine du sentiment d'identité, de la confiance en soi, de l'estime de soi ; il est nécessaire au maintien de la vie psychique et est à cet égard (comme l'exprimait jadis S. Nacht) le « gardien de la vie ». » (Joly, 2016, p. 17)

Si la cocaïne est consommée pour augmenter le sentiment de confiance en soi, les patients cocaïnomanes semblent présenter des bases narcissiques fragiles. S'ils se sentent vides, ils se voient comme tel aussi : vides et tristes. Le rapport entretenu entre le corps et l'image du corps est déterminé par le narcissisme. Les failles identitaires narcissiques, que décrit René Roussillon, sont liées à un « *défaut dans la capacité d'introspection et une grande fragilité des frontières du Moi* » (Pascal-Cordier, 2016, p. 107)

La perception narcissique imagée que nous avons de notre corps se construit dès l'enfance. Lorsque l'enfant naît, les fonctions de maintenance, de contenance et d'individuation (Anzieu, 2006, p. 124-126) sont nécessaires à l'émergence du narcissisme. Le portage physique et psychique, que le *holding* et le *handling*, permet à l'enfant de ne pas s'effondrer.

Monsieur S. a eu une enfance difficile, dans laquelle l'entourage proche ne le contenait pas. Nous savons que son père était maltraitant et instable sur le plan psychique. Monsieur S. vivait dans la peur quotidiennement. Aujourd'hui, il est toujours dans une hypervigilance, enveloppé dans une carapace tonique lui permettant de faire face aux menaces extérieures.

Nous pouvons imaginer que la carapace tonique de Monsieur S. a une fonction de maintien, de portage physique et psychique, qui le sécurise. Ce portage pourrait être une compensation des fonctions nécessaires à l'émergence du narcissisme durant l'enfance, qui se sont avérées défailtantes. Monsieur S. aurait alors une assise narcissique instable qui ne lui permet pas de construire convenablement son sentiment d'identité, sa confiance en soi et son estime de soi.

Monsieur S. n'est pas en confiance dans son environnement, externe comme interne. Il est alors difficile pour lui d'intérioriser le bon environnement, les bonnes relations. Si dans sa capacité d'être seul, le sujet sain est capable d'être heureux en l'absence de stimulations externes, le sujet cocaïnomanes s'en procure de lui-même par les consommations (et par les balancements, dans le cas de Monsieur S.). Il serait dans l'incapacité d'être seul. Les

consommations de cocaïne viseraient alors à créer un moment sécurisant, au sein duquel le sujet est capable d'être seul.

Pour Madame L., les effets de la première prise de cocaïne, tout comme ceux provoqués par l'alimentation démesurée lors des crises de boulimie, lui proposent une sorte de parenthèse enchantée. Elle existe alors par les sensations que lui procurent tout ce remplissage. Elle peut à ce moment-là s'asseoir dans un canapé, et ne rien faire durant quelque temps. Elle se sent bien, c'est une sensation de plénitude agréable.

Dans ce moment, la solitude et le silence sont acceptables. Ils sont même agréables. La répétition de la consommation vise à retrouver ces états de plénitude, l'effet escompté du premier rail de cocaïne.

La contrainte de la répétition est présente dans l'addiction, mais aussi dans la compensation des failles identitaires narcissiques : « *ils répètent sans finir par l'acte, l'agir, la quête d'un autre Sujet qui leur permettrait, par jeu de miroir, d'advenir à eux même plutôt que de trouver une réponse, toujours insatisfaisante, au dehors* » (Pascal-Cordier, 2016, p. 107). Cette répétition est mise en scène par la répétition dans la dépendance à la cocaïne. La consommation du jour apportera la même chose que le lendemain, seulement le sujet n'y trouvera pas de réponse satisfaisante. Le produit permet, transitoirement, de compenser ces failles narcissiques, mais ne les répare pas.

L'intérêt de la prise en soin en psychomotricité est alors de repérer les failles narcissiques des patients, de les déconstruire, afin de les aider à se construire un narcissisme de base stable. Il sera nécessaire, avec les patients, de passer par une phase de régression afin de solidifier les bases nécessaires à l'émergence du narcissisme. Il s'agit de leur donner la possibilité de résister, de ne pas être détruits ou effondrés, afin de leur apporter un sentiment d'existence.

La construction d'un narcissisme de base stable va demander la reconstruction d'une aire de solitude, c'est-à-dire d'un espace dans lequel le patient peut être seul en présence du psychomotricien, puis en l'absence du psychomotricien. L'intériorisation de la bonne relation, du bon environnement, s'appuie sur la répétition du cadre. Le sujet sait comment est structurée la séance, il l'intègre, il n'y a pas de menace et la vigilance s'estompe au fil des séances. Peu à peu, le sujet pourra expérimenter de nouvelles manières de percevoir les flux sensoriels, ou encore de nouvelles manières d'entrer en relation. Avec le psychomotricien, le patient va aspirer

à trouver du plaisir dans ces nouvelles modalités. Le plaisir est provoqué par le système de récompense, qui est d'ailleurs celui sur lequel agit la cocaïne. L'activation du système de récompense induit la répétition, donc l'exploration.

Toutes ces intériorisations, ces moments de plaisir, vont venir réparer les failles narcissiques du patient, socle de son sentiment d'identité, de sa confiance en soi et de son estime de soi.

b) La fuite devant la réalité psychocorporelle

Si l'assise narcissique n'est pas stable, l'environnement est quotidiennement une menace pour le sujet, car il n'a pas les éléments nécessaires pour lui faire face. La consommation de produit va permettre au sujet de ne pas considérer ces menaces. Il n'élabore pas autour des sensations et émotions qu'il perçoit, et se sert des effets du produit pour détourner son attention de ces perceptions. Ce mécanisme de défense lui permet de ne pas s'effondrer.

Contrairement à ce que les toxicomanes renvoient à la société, consommer n'est pas toujours synonyme d'autodestruction, ou de masochisme. Monsieur S. et Madame L. ne cherchent pas à se faire du mal à travers la prise de cocaïne, mais plutôt à se sentir bien, à se protéger contre ce qui pourrait être douloureux psychiquement et physiquement.

Les consommations apparaissent comme une solution à combler un vide et à résoudre une problématique de lien, causée par un défaut dans la construction du narcissisme. C'est ce que Gérard Pirlot explique : « *La conduite addictive apparaît globalement comme un comportement de défense contre tout sentiment de « vide intérieur » et toute émotion, cette dernière étant toujours susceptible, pour des sujets fragiles narcissiquement, de mettre à mal leur pensée, leur organisation et leurs défenses internes* » (Pirlot, 2009, p. 76). L'illusion de la maîtrise est créée. Plutôt que de subir le trop-plein émotionnel, le sujet consomme pour s'en détacher.

Lors de la deuxième séance de bilan psychomoteur, Madame L. nous fait part de sa crainte autour de la psychomotricité. Ses craintes s'établissent autour de ce que nous pourrions découvrir sur elle et de ce que nous pouvons lui faire sentir par le biais de son corps. Je nous imagine alors à travers les yeux de Madame L., ma maître de stage et moi, comme des sorcières ou des magiciennes qui pourraient lire à travers son corps et la mettre à nue. C'est la dernière fois qu'elle viendra en séance de psychomotricité.

Nous voyons bien là toute la difficulté des patients à se confronter à leurs ressentis. Ils tenteront de les éviter tant qu'ils ne seront pas prêts à se retrouver face à eux. Cette approche est de l'ordre du psychosomatique, et je ferai donc un parallèle avec la théorie de l'économie addictive du sujet de Joyce McDougall (2004).

L'économie addictive « *vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'états affectifs pénibles ; il peut s'agir également d'états excitants ou agréables. En fait, un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique. C'est en cela que la solution addictive devient une solution somato-psychique au stress mental »* (McDougall, 2004).

Cette vision propose de considérer la prise de produit comme une manifestation corporelle liée au stress, comme par exemple l'apparition d'eczéma ou d'une migraine. Une situation génère du stress, et pour ne pas se laisser déborder par les manifestations somatiques qui y sont associées, le sujet consomme afin de se concentrer sur d'autres ressentis. Le stress est insoutenable, car il menace les assises narcissiques du sujet, que nous savons déjà instables. Les ressentis sont donc écartés et biaisés, le corps se sent mieux, le psychisme aussi.

Ce mécanisme de défense nous apparaît alors comme une fuite, et c'est aussi ce que nous reflètent les patients que nous suivons. C'est ce qu'illustre la fuite du CSAPA de Madame L., qui est partie en début de prise en soin après avoir mis en échec chaque espace de prise en soin (infirmierie, séances avec le psychiatre, et évaluation en psychomotricité). Le départ prématuré en fin de séance de psychomotricité de Monsieur S., au début de sa prise en soin, illustre aussi cette fuite. Sortir du cadre, de l'espace privilégié aux élaborations, permet de mettre à distance ce qui a été éprouvé.

Cette fuite est un enjeu à mesurer au sein des séances de psychomotricité. La relaxation, le toucher-thérapeutique ou toute autre médiation mettant l'élaboration des ressentis par le corps au premier plan sont à utiliser avec précaution. Il convient de respecter les défenses du patient, de ne pas aller au-delà de ce qu'ils sont capables de supporter. Pour ne pas les laisser face au vide, nous pouvons en tant que psychomotricien combler l'espace par la voix en expliquant ce que nous sommes en train de faire, ou en générant du mouvement par une accentuation de notre engagement corporel par exemples. Générer des flux sensoriels - avec parcimonie pour que le patient ne se sente pas débordé émotionnellement - comble ce vide.

Le mécanisme de défense contre la réalité psychocorporelle est peut-être aussi illustré par l'absence des patients au CSAPA. S'ils ne viennent pas, ils ne seront pas confrontés à la réalité qui est la leur et n'éprouveront pas cette réalité. Les absences au CSAPA peuvent être

perçues comme une limite à la prise en soin des patients, mais aussi comme un retrait positif. Les rappeler est une manière de leur dire : « Vous n'êtes pas venu, et vous avez le droit. Vous avez le droit de ne pas vouloir, et/ou de ne pas pouvoir. Vous êtes sujet dans la relation que nous avons. Nous ne vous en voulons pas, vous êtes toujours le bienvenu parmi nous ». Le patient ne vit alors pas le rejet, il a pu s'exprimer et a été entendu. Le lien n'est pas rompu par l'absence. Par l'alternance entre présence et absence, le patient peut s'inscrire dans le lien, car le thérapeute y met du sens.

Le cadre du CSAPA dans lequel j'effectue mon stage permet une souplesse nécessaire à l'émergence du « Je » chez le patient. Il est acteur de son parcours de soin, et l'est avec les professionnels qui l'entourent. Ce cadre contenant rappelle celui de l'enfant qui jauge la distance qu'il instaure avec sa figure d'attachement, pour peu à peu s'en séparer. Pas à pas, il construit son identité selon le concept de séparation-individuation. Le CSAPA n'a pas pour vocation de suivre les patients tout au long de leur vie, mais de leur donner les outils nécessaires à l'acquisition de leur autonomie.

La prise en soin des addictions dans une structure ambulatoire peut être perçue comme une préparation au sevrage, nécessitant tout de même une hospitalisation pour contenir suffisamment au moment même de l'arrêt des prises de toxique. Le suivi en ambulatoire est aussi intéressant après le sevrage, si le sujet a besoin d'être contenu pour ne pas consommer de nouveau.

Monsieur S. consomme de nouveau depuis une semaine, l'anxiété liée à son opération à la jambe est trop intense. Consommer est une manière de ne pas être confronté à cette peur qui l'anime. Nous prévenons alors l'une des psychiatres du CSAPA, pour que celle-ci le rencontre et éventuellement prévienne l'anesthésiste qui le prend en soin.

Avec l'accord de Monsieur S., une hospitalisation pour sevrage est programmée deux semaines avant l'opération. L'équipe de l'unité d'hospitalisation nous a rapporté que Monsieur S. y est resté les deux semaines complètes, qu'il n'a pas présenté d'angoisse massive et qu'il se rendait aux séances de psychomotricité. Il s'est sociabilisé avec les autres patients du service, et a joué un rôle de temporisation vis-à-vis de l'anxiété liée au Covid-19 qui pouvait saisir certains des patients.

Monsieur S. a eu un besoin de contenance à un moment où la réalité psychocorporelle est devenue trop dure à supporter, et où la prise en soin en ambulatoire n'était pas suffisante. L'hospitalisation est une manière de se trouver dans un environnement sécurisé tout au long de la journée, et de la nuit.

Monsieur S. est rentré chez lui à la suite de ces deux semaines. L'opération a été repoussée. Lorsque ma maître de stage l'a au téléphone, il dit aller bien, supporter le confinement. Il sort marcher parfois dans son quartier, pour se vider la tête.

Le cadre de l'hospitalisation s'est inscrit. Monsieur S. est désormais capable de projeter le bon environnement lorsqu'il en a besoin, et ne plus avoir recours au produit. Il est capable de trouver d'autres stratégies pour pallier ses débordements sensoriels et émotionnels.

c) La crainte de l'effondrement dans le sevrage

La prise en soin en ambulatoire a cependant ses limites. Parfois, elle ne contient pas assez, parfois la perspective du sevrage, même à long terme, fait peur. Nous avons vu que la cocaïne venait faire fonction de seconde peau, de carapace, de maintien, de portage. Tous ces mots nous renvoient à la même réalité psychocorporelle : la cocaïne est le pilier qui maintient le consommateur comme une personne qui existe.

Si nous retirons la cocaïne au consommateur, que se passera-t-il ? Comment exister si nous existons à travers la cocaïne ? Qu'est-ce qui nous tiendra, comment ne pas s'effondrer ?

Madame L. a été hospitalisée à plusieurs reprises pour un sevrage aux toxiques, et/ou pour son trouble du comportement alimentaire. Ces hospitalisations sont des périodes au sein desquelles Madame L. se sent bien, elle ne ressent pas le besoin de consommer. En rentrant chez elle pourtant, le sevrage ne tient pas.

Pour Madame L., le sevrage ne tient pas. Si elle s'est enfuie du CSAPA, nous pouvons imaginer que c'est parce qu'elle n'est pas prête à se trouver face à la perspective d'arrêt des consommations. Rappelons-nous aussi des dessins du bonhomme de Madame L. (cf *Supra*, Figure 2 – Dessin du bonhomme de Madame L., p. 62), ils ne présentent pas de pieds. Dès lors, quels sont ses appuis ? Où les trouver ? Pour certains patients, les carences des appuis psychocorporels sont bien visibles. S'ils s'effondrent, il n'y a pas de fond pour les rattraper.

Leurs espaces sont vides, l'effondrement lié à la chute est infini. Tant que ces patients porteront en eux ces angoisses, alors ils ne pourront pas accéder à leur construction subjective et identitaire. Il sera alors difficile pour eux de se séparer de leurs consommations.

Penser le sevrage nécessite donc d'apporter un appui aux patients, autre que l'effet de leurs consommations. Ce peut être le rôle d'un objet transitionnel : nous leur donnons un objet sain, qu'ils pourront investir petit à petit, pour substituer l'objet de dépendance. Les médiations en psychomotricité peuvent être perçues comme des objets transitionnels, selon Catherine Potel (2019).

Nous nous servons des médiations au CSAPA pour amener du transitionnel aux patients dans l'optique de se structurer au niveau psychomoteur : élaboration des perceptions et sensations, alimentation du schéma corporel et construction identitaire, revalorisation de l'image du corps, compréhension des émotions, aide à la régulation tonico-émotionnelle, instauration d'un rythme sécurisant. L'étayage psychocorporel, l'instauration d'un cadre sécurisant et l'engagement corporel du psychomotricien sont des modalités indispensables à l'engagement d'un travail autour de ces axes psychomoteurs. Ils sont ceux que nous avons déterminés dans le déroulement de ce mémoire.

Dans le processus de symbolisation recherché par la médiation, le psychomotricien a un rôle important. Il propose et invente des espaces propices à l'investissement corporel du patient. Catherine Potel précise en quoi une médiation est thérapeutique : « *Qu'elles [les médiations] stimulent les performances, le contrôle du mouvement, les adaptations du geste, ou encouragent la sensibilité sensorielle, l'émotion, la vie de relation, pour rester des médiations thérapeutiques, elles se doivent d'être avant tout au service d'une expression de soi engageant la globalité de la personne et sa créativité* » (Potel, 2019, p. 406). Le patient est invité à amener de sa créativité et de son engagement au sein des séances de psychomotricité. Le psychomotricien, lui, va venir donner du sens à ce que le patient a éprouvé dans ce temps.

Le toucher-thérapeutique est une médiation choisie au sein de nos séances avec Monsieur S., mais aussi auprès de nombreux patients au CSAPA. Nous allons déterminer comment elle permet au patient de lâcher-prise sans être synonyme d'effondrement, et comment elle joue son rôle de transitionnel vis-à-vis des effets des consommations de cocaïne. Le toucher permet l'émergence d'éprouvés sensoriels, de ressentis. Les trois systèmes que nous contactons sont le système os, le système muscles et le système peau.

- Le système os : le psychomotricien va faire vibrer l'os qui résonne à travers tout le corps et apporte une sensation d'unification du corps. Le système os vient donner la structure au corps. Il est solide et source de points d'appui.

- Le système muscles : le thérapeute apporte une densité singulière au patient, en fonction de ce qui est senti dans l'ici et le maintenant. Un patient qui possède une carapace tonique va pouvoir sentir qu'il est maintenu autour des mains du psychomotricien, et ainsi abaisser son niveau de vigilance, donc son niveau tonique. Un patient au contraire qui s'effondre au niveau tonique va trouver l'appui du psychomotricien et ainsi ne pas s'effondrer psychologiquement. Le psychomotricien donne une forme à son corps.

Il y a, dans les deux cas, un psychomotricien qui touche et contient, qui s'ajuste continuellement au corps du patient. Il y a aussi le patient qui influe le toucher du psychomotricien puis réagit. Chacun ajuste et réajuste son niveau tonique en fonction des réactions de l'autre. Les corps réagissent aussi aux affects provoqués par le toucher, en fonction des représentations auxquelles il est associé. Le toucher-thérapeutique est un dialogue tonico-émotionnel entre le thérapeute et son patient. Le patient expérimente émotionnellement et expressivement les enjeux de la relation.

- Le système peau : la peau fait le lien entre l'enveloppe physique et l'enveloppe psychique. Le toucher permet d'apporter des informations sensorielles sur l'existence de la frontière entre le dedans et le dehors, c'est-à-dire la limite qui nous sépare de l'autre. Elle va pouvoir être intégrée, représentée, symbolisée. Le toucher-thérapeutique sert au processus de séparation-individuation.

C'est en parti la cohésion entre les différents systèmes qui permet au sujet de ne pas s'effondrer. Le temps de verbalisation des sensations et émotions corporelles repérées est une dimension importante de la médiation. C'est elle qui va permettre de symboliser ces ressentis par la mise en mot, et cette symbolisation permet de ne pas laisser un vide de sens sur ce qui a été perçu. Le psychomotricien est présent au patient, et va lui répondre de manière adaptée. Il tisse un lien thérapeutique avec le patient.

C'est à travers tout ce processus, qui se réalise conjointement entre le patient et le psychomotricien, que le patient va intérioriser de manière sécurisée ses ressentis. L'assise narcissique du sujet se densifie et il pourra posséder des éléments nécessaires qui lui permettront de ne pas s'effondrer. Penser le sevrage entre le patient et la cocaïne est alors possible.

Si les axes thérapeutiques concernent l'élaboration des perceptions et sensations, l'alimentation du schéma corporel et la construction identitaire, la revalorisation de l'image du corps, la compréhension des émotions, l'aide à la régulation tonico-émotionnelle, et l'instauration d'un rythme sécurisant pour le patient, l'objectif de la prise en soin en

psychomotricité est bien de permettre au patient de se sentir vivant avec une identité propre, et d'éprouver du plaisir à l'être, et à être.

Conclusion

La psychomotricité a un rôle important à jouer dans la construction de l'identité des personnes addictées à la cocaïne, en s'appuyant sur les processus précoces du développement de l'enfant. Le vide et le lien sont alors deux concepts qui s'intriquent l'un et l'autre : les problématiques de vide entraînent celles du lien, et *vice-versa*.

La consommation de cocaïne permet de stimuler le système perceptif, au premier plan de la problématique du sujet. Les stimulations induites comblent le manque de sensations perçues, ou du moins non élaborées car trop invasives. Les déficits perceptifs entraînent quant à eux des problématiques limites et narcissiques. Les relations sont alors impactées, et le consommateur se perd dans le lien à la cocaïne. Le cercle est vicieux : leur subjectivité est défaillante du fait des carences affectives traversées durant l'enfance, et est de nouveau soumise à la dépendance à la cocaïne, au sein de laquelle le consommateur n'est plus acteur de ses consommations. L'aspect social est aussi à prendre en compte, le sujet s'enfermant dans un lien exclusif au produit.

Le rôle du psychomotricien dans la prise en soin des addictions à la cocaïne est alors de passer par l'apport de sensations afin de permettre aux patients de se détacher de leurs relations pathologiques au produit pour aller vers de possibles relations sociales. Le psychomotricien joue une fonction contenante et réflexive, afin d'apporter un environnement sécurisé au patient. Il doit lui permettre d'élaborer, de comprendre et de contenir les sensations qui l'animent et qui le rendent vivant. Le patient doit pouvoir investir son corps comme un synonyme d'appui, de stabilité, de sécurité.

Les causes des problématiques addictives peuvent être reflétées par le produit consommé : quels effets apportent-ils, lesquels sont recherchés ? Si la cocaïne est psychostimulante, l'héroïne ou la morphine inhibent plutôt les sensations. La lecture des effets des toxiques sur le corps est un des points de départ de la réflexion que doit mener le psychomotricien dans sa démarche clinique.

Il ne suffit pas de combler les sensations manquantes ou prépondérantes du patient, mais plutôt de comprendre comment elles sont élaborées par le patient. Les combler ne serait que transitoire dans leur prise en soin, et cette pratique n'aurait finalement pas plus d'intérêt que leurs prises de toxique. Par le corps, le psychomotricien a la possibilité de comprendre les enjeux de l'identité du patient, dans ses problématiques de vide et de lien.

Bibliographie

- Académie Française. (1835). Dépendance. In *Dictionnaire de l'Académie française: Vol. Tome I (A-H) (6ème)*. FIRMIN DIDOT frères. (en ligne)
<https://academie.atilf.fr/8/consulter/D%C3%89PENDANCE?options=motExact>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau* (3^e ed.). Dunod.
- Atger, F., & al. (2003). Attachement et conduites de dépendance : Dimensions psychopathologiques communes. In *Les conduites de dépendance*, 271-287. Masson.
- Audibert, C. (2009). L'incapacité d'être seul et ses stratégies addictives. In *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n°77, 23-30. ERES.
- Baranes, C. P. (2019). 21. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. *Trames*, 400-415. ERES.
- Bick, E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Lanor-Plage, Éditions du Hublot, 1998
- Blondel, M.-P. (2004). Objet transitionnel et autres objets d'addiction. In *Revue française de psychanalyse*, Vol. 68(2), 459-467.
- Cabal, C. (2002). *Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs* (N° 3641; p. 207). <http://www.assemblee-nationale.fr/legislatures/11/pdf/rap-ocst/i3641.pdf>
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 81-102.
- Collège national des universitaires en psychiatrie, & al. (2016). Module 6 : Addictologie. In *L'officiel ECNi : Référentiel de psychiatrie et d'addictologie* (2e éd., p. 387-469). Presses universitaires François Rabelais.

- Conon Doyle, A. (2003). Chapitre 1, La déduction est une science. In *Le signe des quatre* (p. 3-14). Ebooks libres et gratuits. http://www.crdp-strasbourg.fr/je_lis_libre/livres/CononDoyle_LeSigneDesQuatre.pdf
- Doron, R., & Parot, F. (1991). Emotion. In *Dictionnaire de psychologie* (puf).
- Frankard, A.-C. (2007). Pathologie du lien et attachement : Aux sources de l'étayage. *Dialogue*, n° 176(2), 105-117.
- Golse, B. (2006). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, n° 109(5), 25-29.
- Golse, B., & Guerra, V. (2019a). Conclusion. Les destins non autistiques de la dyssensorialité : Enfants singuliers et créativité, un dialogue interrompu : De l'intersubjectivité à la subjectivation. In *Le bébé, la sensorialité et la créativité* (p. 203-2016). Presses Universitaires de France.
- Golse, B., & Guerra, V. (2019b). La place de la sensorialité aux sources de la métaphorisation : De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire. In *Le bébé, la sensorialité et la créativité* (p. 10-17). Presses Universitaires de France.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1 : 1-8
- Infor-Drogues : une autre écoute. *Tabac*. (en ligne) <https://infordrogues.be/informations/produits/tabac/>
- Joly, F. (2016). Corps et Narcissisme... De Freud à aujourd'hui, quelques enjeux de l'assise narcissique-identitaire et de ses sources corporo-psychiques. In *Corps et Narcissisme* (p. 13-65). In Press.
- Joly, F., & Pascal-Cordier, I. (2016). Le corps du récit : États limites et travail d'historisation. In *Corps et Narcissisme* (p. 107-123). In Press.

- Katzung B., Masters S., Trevor A. (2009). *Figure 12 : Mécanismes d'action des psychostimulants sur les terminaisons synaptiques dopaminergiques : diminution de la recapture de dopamine.* in *Basic and Clinical Pharmacology, 11th Edition.* McGraw-Hill Companies. (en ligne) http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/Chapitre_12.html
- Koechlin, B. (1973). E. T. Hall, La Dimension cachée. In *L'Homme: Vol. Tome 13 n°1-2* (p. 258-260). Etudes d'anthropologie politique.
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique, Volume 85(7)*, 611-620.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Lien - Dictionnaire de français Larousse.* Consulté 22 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lien/47069>
- Mahler, M., & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-heron, n° 213(2)*, 59-73.
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse, Vol. 68(2)*, 511-527.
- Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives. (2015). *Qu'est-ce qu'une addiction ?* (en ligne) <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
- Morel d'Arleux, J. (2019). Drogues, Chiffres clés. (8^e ed.). *OFDT*, 8.
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2002). *Drogues et dépendances : Indicateurs et tendances 2002.* 368.
- Olievenstein, C. (1983). *La drogue ou la vie.* Robert Laffont.
- Pireyre, É. W. (2015a). Chapitre 2, Le problème des références théoriques. *Psychotherapies*, 31-44.
- Pireyre, É. W. (2015b). Chapitre 3, De nouveaux et complémentaires points de vue.

- Psychotherapies*, 45-49.
- Pireyre, É. W. (2015c). Chapitre 7, La peau dans l'image du corps. *Psychotherapies*, 73-88.
- Pireyre, É. W. (2015d). Chapitre 14, L'effondrement et l'angoisse d'effondrement. *Psychotherapies*, 173-185.
- Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs*. ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.pirlo.2009.01>
- Réseau National d'Information et de Documentation TOXIBASE. *Les différentes classifications des substances psycho-actives*. (en ligne) <https://reseaux-sante-ca.org/?Les-differentes-classifications-des-substances-psycho-actives&reseau=addica>
- Rey-Debove, J., & Rey, A. (2013). Vide. In *Le petit Robert 2013 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (Dictionnaires Le Robert, p. 2707-2708).
- Rozaire, C., & al. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, n° 31(1), 9. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
- Salamin, V., & al. (2020). Une analyse qualitative du sentiment chronique de vide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.06.012>
- Sami-Ali, M. (2013). Introduire la psychosomatique relationnelle. *Psychosomatique relationnelle*, N° 1(1), 1-4.
- Spilka, S., & al. (2019). Drogues : Perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *OFDT*, 8.
- Tereno, S., & al. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, Vol. 19(2), 151-188.
- Université de Lille 1. (2012). *Bases neurobiologiques de la récompense [cours publié] (en ligne)*. [http://neurocomp.univ-lille1.fr/Cours%202011-2012/Bases%20neurobiologiques%20de%20la%20r%C3%A9compense%20\(L3\).pdf](http://neurocomp.univ-lille1.fr/Cours%202011-2012/Bases%20neurobiologiques%20de%20la%20r%C3%A9compense%20(L3).pdf)
- Constant, A., & Exposito, C. (2019). La question des addictions et l'approche psychomotrice.

In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 311-326). Dunod.

Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1969^e éd., p. 205-213). Payot.

Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.

World Health Organization. (2016). *CIM-10*. (en ligne)

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

Table des illustrations

Figure 1 - Mécanismes d'action des psychostimulants sur les terminaisons synaptiques dopaminergiques : diminution de la recapture de dopamine (Katzung B. et coll., 2009).....	57
Figure 2 - Dessin du bonhomme de Madame L.	62
Figure 3 – Aspect progressivement envahissant d'un trouble addictif sur la vie d'un sujet (Collège national des universitaires en psychiatrie, & al., 2016, p. 388).....	70
Figure 4 - Triangle multifactoriel de Claude Olivenstein (Infor-Drogues).....	73

Table des annexes

Annexe I – CIM 10 : Critères nécessaires au diagnostic de dépendance (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).....	I
Annexe II – DSM-5 : Critères nécessaires au diagnostic d’addiction (American Psychiatric Association, 2015).....	II

Annexe I

CIM 10 : Critères nécessaires au diagnostic de dépendance (Organisation Mondiale de la Santé, 2016)

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe II

DSM-5 : Critères nécessaires au diagnostic d'addiction (American Psychiatric Association, 2015)

- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Avec :

- Présence de 2 à 3 critères : addiction faible
- Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée
- Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Résumé

Les problématiques de vide et de lien sont au cœur des problématiques des sujets addicts. Cet écrit propose un travail de réflexion autour de deux patients cocaïnomanes dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Il interroge sur les fondements de ces problématiques et la manière dont elles se manifestent dans le vécu des patients. La cocaïne serait alors une tentative pour le patient de lutter contre, mais elle ne constitue pas une réponse bien au contraire. Le cercle vicieux qu'est l'addiction envenime les problématiques initiales.

Ce mémoire tente alors de mettre en avant l'intérêt de la thérapie psychomotrice dans la prise en soin des patients cocaïnomanes. La médiation, le cadre institutionnel et la relation thérapeutique sont autant de leviers permettant au patient de se détacher progressivement de ses consommations. Sa finalité est de proposer des pistes de réflexion et de prise en soin permettant aux psychomotriciens de construire des projets thérapeutiques avec et pour le patient.

Mots-clefs : addictologie, cocaïne, dépendance, lien, psychiatrie, psychomotricité, vide

Summary

The emptiness and emotional bond are the main problems of addict people. This propose is a way of reflection on two patients with cocaine addiction at Center for Care, Support and Prevention in Addiction (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA*). It wonders about the inception of these problems and how they take place inside patient life. Cocaine would then be an attempt for the patient to fight against, but it does not constitute an answer, quite the contrary. The vicious circle is that addiction makes former problems getting worse.

Thus, these observations suggest that psychomotry therapy is a new way to treat drug addiction. Indeed, mediation, institutional scope and therapeutic relationship are all levers allowing the patient to gradually leaving his drug use. The purpose is to offer ways of reflection and health care, helping psychomotor therapists for their projects, along with and for patient.

Keywords : addictology, cocaine, dependence, emotional bond, emptiness, psychiatry, psychomotricity
