Accompagnement de personnes addictes en psychomotricité : réponse aux problématiques d'enveloppe dans le processus d'addiction

Margaux Mathieu

▶ **To cite this version:**

Margaux Mathieu. Accompagnement de personnes addictes en psychomotricité : réponse aux problématiques d'enveloppe dans le processus d'addiction. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939444

HAL Id: dumas-02939444

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939444

Submitted on 15 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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière

Faculté de Médecine de Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris cedex 14

Accompagnement de personnes addictes en psychomotricité

Réponse aux problématiques d'enveloppe dans le processus d'addiction

Mémoire présenté par Margaux MATHIEU

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

Référente de mémoire :

Zélia KREBS

Session :

juin 2020

REMERCIEMENTS

À Florine, pour avoir été une partenaire et amie aussi présente durant ce stage et ailleurs.

À Alexandre, qui a su se rendre disponible pour nous assurer une supervision constructive et qui nous a poussées à approfondir nos réflexions.

À Zélia, pour son précieux accompagnement dans l'élaboration de cet écrit. Un grand merci pour ta disponibilité, ton soutien, tu as su accueillir mes doutes et nos échanges autour de nos pratiques ont participé à cette transition vers la posture professionnelle.

À l'équipe du CSAPA, particulièrement Audrey, qui nous ont accueillies et soutenues chaleureusement dans notre projet.

Aux patients rencontrés tout au long de mes stages, pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Aux professeurs de l'IFP dont le soutien à distance a été réconfortant durant ces derniers mois.

À mes proches, qui chacun à leurs manières ont contribué à me faire avancer dans cette grande aventure qu'est la formation en psychomotricité.

Sommaire

INTRODUCTION 7
PARTIE I : STAGE EXPERIMENTAL EN CSAPA : CADRE, DISPOSITIFS ET RENCONTRES 9
I. Élaboration du projet 9
II. Notre terrain clinique : le CSAPA 10
A. Présentation 10
B. Équipe et missions 11
C. Population accueillie 12
D. Organisation spatio-temporelle 13
1. Les temps d'accueil 13
2. Les temps d'équipe 14
3. Organisation spatiale 14
III. Premiers pas et mise en place du projet 15
A. Installation et rencontres dans l'accueil libre 15
B. Construction du projet thérapeutique 17
IV. Vignettes cliniques 18
A. Nicolas 19
1. Rencontre 19
2. Anamnèse 20
3. Observations psychomotrices et premier entretien 22
4. Projet thérapeutique et début de prise en charge 24
5. Evolution 25
B. Viviane 28
1. Rencontre 28
2. Anamnèse 28
3. Entretien 29
4. Projet thérapeutique et début de prise en charge 30
5. Évolution 34
PARTIE II: LECTURE PSYCHOCORPORELLE DE LA PERSONNE ADDICTE 35
I. Définition d'une addiction 35
A. Addiction 35
B. Toxicomanie 37
1. Classification des substances psychoactives selon leurs effets psychocorporels 38
2. Spécificités des produits consommés par les usagers rencontrés au CSAPA 39

3. Réduction des Risques 40
C. Les traitements rencontrés en addictologie 41
1. Les traitements de substitution 42
2. Autres traitements prescrits en addictologie, en lien avec les éventuelles comorbidités 43
II. Enveloppes 44
A. Le Moi-Peau 44
1. Le concept 44
2. Les fonctions 46
B. La seconde peau musculaire (E. Bick) 49
C. L'enveloppe sonore 51
D. La sensorialité 52
III. Sémiologie psychomotrice 52
PARTIE III : DISCUSSION, LA PSYCHOMOTRICITÉ EN CSAPA 55
I. Espace et temps de la rencontre, adaptation du projet de stage 55
A. Le temps 55
B. L'espace 57
C. L'enveloppe institutionnelle 59
II. Les enjeux de la rencontre 60
A. Stagiaires, futures psychomotriciennes : engagement psychocorporel et fonction contenante 60
B. Les propositions individuelles : relaxation et toucher 63
1. Le toucher 63
2. La relaxation 65
C. Les propositions groupales : le magazine collaboratif et la permanence sensorielle 67
CONCLUSION 70
BIBLIOGRAPHIE 72
RÉSUMÉ 75

INTRODUCTION

Me voilà en dernière année de formation pour devenir psychomotricienne. Tout au long de ces trois années, parsemées d'expérimentations, j'ai pu approcher ce que signifie *être psychomotricienne*, au sens où C. Potel (2019) le décrit si bien, en tissant mon identité professionnelle à travers les rencontres : rencontre avec une profession riche et complexe, rencontre avec moi-même au sein des travaux pratiques d'expressivité du corps, de conscience corporelle, de relaxation, de jeu de faire semblant, rencontre avec des étudiantes qui ont également choisi cette voie, rencontre avec des soignants et des patients dans diverses institutions.

J'ai souhaité aller à la rencontre des patients accueillis en addictologie au cours d'un stage expérimental, en binôme avec Florine, tout au long de cette troisième année. La question du corps me semble au centre des problématiques d'addiction et je crois que la psychomotricité peut enrichir l'accueil de ces patients en les accompagnant dans leur façon d'être au monde. Cette année au sein d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie m'a permis de me confronter à la réalité d'un terrain clinique bien différent de ce que j'avais connu jusque-là. J'ai rencontré les vécus psychocorporels de personnes marginalisées par notre société, mises de côté avec beaucoup de jugements et de craintes. Ces vécus sont empreints de nombreuses ruptures, de rencontres avec des produits, de traces sensorielles sur un corps meurtri.

De nombreux questionnements m'ont traversée au fil des mois : **comment la psychomotricité peut-elle accompagner les patients addicts dans le cadre du CSAPA ? Comment peut-elle répondre aux problématiques d'un état psychocorporel marqué de ruptures ? Quels sont les appuis nous permettant, stagiaires en psychomotricité, de les accompagner dans la construction d'une enveloppe contenante ?**

Je tente dans cet écrit de répondre à ces questionnements en présentant dans une première partie le fonctionnement du CSAPA qui nous a accueillies afin de situer le cadre de notre stage expérimental. J'expose ensuite la mise en place de celui-ci en m'attachant à présenter nos premières observations psychomotrices avant de présenter l'accompagnement de Nicolas et Viviane, deux usagers que nous avons suivi en psychomotricité.

Dans un second temps, je présente les éléments théoriques qui m'ont permis d'éclairer les éléments psychocorporels qui m'ont été donnés à voir au sein du CSAPA. Je donne une définition de l'addiction en la distinguant de la toxicomanie et m'attache à décrire les effets des substances et des traitements sur le corps de l'usager. Je développe ensuite la notion d'enveloppe qui m'apparaît comme défaillante chez les personnes addictes.

Dans une dernière partie, je discute de l'adaptation nécessaire de notre intervention en tant que stagiaires en psychomotricité en ressortant les éléments du cadre thérapeutique et de nos différentes propositions qui m'ont semblé être des appuis dans la construction d'enveloppe contenante pour les usagers.

PARTIE I : STAGE EXPERIMENTAL EN CSAPA : CADRE, DISPOSITIFS ET RENCONTRES

I. Élaboration du projet

Au cours de ma deuxième année de formation en psychomotricité, je m'interroge beaucoup sur mon projet professionnel. Je m'intéresse à la diversité des lieux d'interventions des psychomotriciens et le domaine de l'addictologie m'interpelle. En février 2019, je participe à deux formations proposées aux étudiants par un psychomotricien dans le cadre de son intervention en CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues). Elles portent sur les modes de consommations et usages de substances psychoactives et sur les pratiques sexuelles à risque dans la consommation de substances et confirment mon intérêt pour intervenir en tant que stagiaire en addictologie. Florine[1], étudiante et amie de ma promotion, me fait part du même cheminement : nous décidons alors d'élaborer un projet de stage expérimental. Ce type d'intervention en binôme est proposé aux étudiants en troisième année de formation dans une structure où il n'y a pas de psychomotricien. Les objectifs sont multiples : entrer dans un processus de professionnalisation, mesurer la place de la psychomotricité au sein de l'institution, s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire, repérer les problématiques psychomotrices des personnes accueillies.

Nous rencontrons Elise et Emy, étudiantes en troisième année, qui effectuent alors un stage expérimental en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Nous échangeons longuement autour de leurs expériences ce qui nous

[1] Afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées au cours de ce stage, tous les prénoms ont été modifiés à l'exception de celui de Florine, mon binôme de stage.

permet d'affiner notre projet. Nous l'envoyons alors dans plusieurs CSAPA. Elise et Emy nous recontactent : l'institution qui les accueille souhaite réitérer ce type de stage l'année universitaire suivante, voulant poursuivre la découverte de la psychomotricité et la sensibilisation auprès des usagers. Nous contactons alors l'équipe, allons à leur rencontre et le projet est accepté en mai 2019. Nous commençons notre stage en septembre, supervisées par la coordinatrice du CSAPA, Audrey, notre tutrice interne. Nous sommes également accompagnées par un tuteur externe psychomotricien avec qui nous avons suivi les deux formations du CAARUD. Nous le rencontrons environ toutes les trois semaines afin d'échanger autour des problématiques de stage, qu'elles soient d'ordre clinique, institutionnelle ou théorique. Nous participons également à un groupe mensuel d'analyse des pratiques dans le cadre de la formation.

II. Notre terrain clinique : le CSAPA

A. Présentation

Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux créés par la loi du 2 janvier 2002[2]. Ils remplacent les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)[3]. Le rassemblement de ces deux appellations, toxicomanie et alcoologie, sous le terme d'addictologie est un changement important à noter, l'objectif étant d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction, quel qu'en soit l'objet c'est-à-dire qu'elle concerne une dépendance aux substances licites (alcool, tabac), illicites ou sans substance (addictions dites comportementales). Les soins proposés sont de type ambulatoire, au sein des locaux de

[2]Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

[3]CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

l'institution mais des accompagnements extérieurs ont fréquemment lieu (visites au domicile, à l'hôpital ou parfois en maison d'arrêt).

Le CSAPA dans lequel nous intervenons est un centre à gestion associative et non hospitalière. L'association regroupe l'IAP (Informer, Accompagner, Prévenir), la CJC (Consultation Jeunes Consommateurs) et le CSAPA.

B. Équipe et missions

Le CSAPA accueille une équipe pluridisciplinaire, sociale, médicale et paramédicale.

L'équipe sociale est constituée de la coordinatrice du CSAPA, éducatrice spécialisée de formation, et de deux éducateurs spécialisés. Leurs missions regroupent l'Accueil, l'Information, l'Evaluation et l'Orientation. Cela inclut l'accès aux droits sociaux, l'accès à l'hébergement, le soutien à la parentalité et au maintien des liens familiaux, l'aide à l'insertion professionnelle, les aides financières, alimentaires et au transport, la réduction des risques, etc.

La prise en charge médicale est envisagée de façon globale par un médecin addictologue, une infirmière et une pharmacienne. Elle consiste en la distribution de traitements de substitution, le dépistage sérologique (VIH, VHC, VHB), le traitement des comorbidités psychiatriques, la question du sevrage en lien avec un service hospitalier, l'accès aux soins dentaires, gynécologiques, ORL, etc. Il est important de noter qu'il n'y a pas de psychiatre au sein de l'équipe qui travaille en lien avec le CMP (Centre Médico-Psychologique) du secteur dans lequel un psychiatrie est présent.

Une psychologue clinicienne, intervient également sur la CJC, reçoit les usagers individuellement afin de proposer un travail sur leur fonctionnement psycho-affectif.

Quant à l'équipe paramédicale, elle est constituée d'une art-thérapeute, animant un groupe hebdomadaire de Slam et proposant des séances individuelles deux fois par mois afin d'ouvrir des espaces thérapeutiques d'expressivité. Nous avons beaucoup échangé avec elle car nos objectifs se ressemblaient et que nous pouvions travailler avec des médiations communes comme le dessin.

L'équipe du CSAPA accueille régulièrement des stagiaires, sur des périodes relativement longues (plusieurs semaines à plusieurs mois). Nous avons rencontré cette année deux stagiaires en formation avec les éducatrices spécialisées ainsi qu'une stagiaire infirmière. Quant à la psychomotricité, c'est donc la deuxième année que le centre accueille deux étudiantes pour un stage expérimental.

C. Population accueillie

Le CSAPA accueille des adultes, majoritairement des hommes, présentant une ou plusieurs addictions, sur la base du volontariat. Il accompagne également les personnes orientées suite à une mesure judiciaire. C'est le cas de plusieurs usagers du CSAPA dans lequel nous intervenons : un certain nombre d'entre eux sortent de prison et sont sous obligation de soins. Le centre est un ancien CSST et est implanté sur un territoire dans lequel les consommations de crack, dérivé de la cocaïne, et d'héroïne notamment sont en augmentation depuis plusieurs années[4]. Ainsi le public accueilli regroupe principalement des

[4]D'après le rapport d'activités 2018 du CSAPA.

usagers de ces substances, pour la plupart parmi d'autres produits (tabac, alcool, cannabis, etc) ainsi que des addictions comportementales (jeu pathologique).

D. Organisation spatio-temporelle

Il me semble important de décrire ici l'organisation spatiale et temporelle du CSAPA, l'espace et le temps intéressant la psychomotricité dans leurs composantes organisatrices tant au niveau corporel, relationnel que psychique (Galliano et al., 2011) Chacune de nos sensations, perceptions, pensées, chacun de nos mouvements et de nos relations aux autres se construisent dans un espace-temps donné.

1. Les temps d'accueil

L'équipe reçoit les usagers tous les matins, de 9h à 12h45 du lundi au vendredi, de manière inconditionnelle et sans rendez-vous. Ces modalités répondent bien à la mission obligatoire d'accueil des CSAPA, notamment en simplifiant les formalités d'accueil[5]. Le centre précise l'obligation du respect envers autrui et envers les lieux les accueillant, toute violence verbale ou physique est proscrite et un certain savoir-vivre est demandé. Les mardis, jeudis et vendredis, le centre est ouvert de 14h30 à 17h30, sur rendez-vous. L'organisation avec ou sans rendez-vous selon les différents temps de la journée a été pensée afin de répondre au mieux à la demande des personnes accueillies. Je reviendrai plus loin dans cet écrit sur la relation au temps dans l'addiction.

[5] CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

2. Les temps d'équipe

Tous les lundis après-midis a lieu la réunion d'équipe afin d'échanger autour des problématiques institutionnelles. À cette réunion s'ajoute, un jeudi par mois, un temps d'analyse des pratiques supervisé par une psychologue extérieure. Durant cette réunion, l'équipe aborde le cas d'un usager afin d'échanger autour de son suivi.

3. Organisation spatiale

Le centre est facilement accessible en transports en commun, permettant ainsi un accueil de proximité au plus près du public concerné.

Nous entrons dans le centre en passant par un couloir puis en ouvrant la porte sur notre gauche, nous arrivons dans une grande pièce, l'accueil libre. Le lieu est voulu clair et chaleureux : café et thé à disposition, tableaux accrochés aux murs (pour la plupart réalisés par des usagers du centre), plantes disposées à plusieurs endroits, télévision diffusant un diaporama avec les actualités de l'institution ou parfois une chaîne d'informations. Une chaîne hifi est également présente, permettant aux personnes fréquentant le CSAPA de partager de la musique. Au fond, des bancs et des fauteuils forment un carré autour d'une table basse sur laquelle sont posés des magazines. Plusieurs usagers ont l'habitude de s'asseoir ici pour attendre leur passage au pôle médical ou bien pour boire un café et discuter. Au mois de février 2020, la coordinatrice du CSAPA a pu consacrer une partie du budget à l'achat de mobilier et de décoration pour donner encore plus de chaleur à ce lieu avec des coussins colorés, de nouvelles chaises ainsi qu'une table plus grande qu'un usager a vernie.

Cet espace est entouré par les bureaux des différents membres de l'équipe : ceux des éducateurs, généralement ouverts lorsqu'ils n'ont pas de rendez-vous, celui du médecin dans lequel nous nous installons pour nos séances individuelles et le pôle médical, fermé par une porte dont l'ouverture se fait par badge, où le médecin, l'infirmière et la pharmacienne reçoivent les usagers durant toute la matinée.

III. Premiers pas et mise en place du projet

A. Installation et rencontres dans l'accueil libre

Depuis le 12 septembre 2019, nous sommes présentes au CSAPA une fois par semaine, le jeudi matin. Nous avons choisi de consacrer les deux premiers jeudis de stage à l'observation ce qui nous permet d'appréhender le fonctionnement institutionnel, de rencontrer l'équipe et de créer un premier contact avec les usagers. Nous organisons avec la coordinatrice deux interventions d'une heure, sur un créneau de l'après-midi, afin d'introduire la psychomotricité à l'équipe. L'objectif est de nous présenter ainsi que notre future profession théoriquement mais aussi dans la pratique par plusieurs propositions : conscience et expressivité corporelles, relation à l'autre par le toucher, jeu de faire semblant, relaxation. Cette présentation théorico-pratique, à l'image de notre formation, a permis de nous ancrer dans l'institution et de nous intégrer au sein de l'équipe.

Les jeudis matins, nous nous rendons visibles en modifiant l'espace du CSAPA : l'année précédente, les stagiaires en psychomotricité avaient mis en place une permanence sensorielle, projet que nous avons repris. L'objectif est de proposer un espace d'exploration sensorielle, présent tous les jeudis, au même endroit que précédemment, dans un renfoncement de mur dans un coin du centre. Cet espace semi-fermé, avec des stimulations

sensorielles diverses, peut être un espace contenant. Nous installons deux poufs, un fauteuil, une couverture, des caches rouges sur les lumières du plafond et une table sur laquelle nous mettons une bougie, un baume chauffant, un diapason, un diffuseur coloré d'huiles essentielles et des balles à picots. Nous proposons ainsi d'explorer des sensations visuelles, vibratoires, tactiles, sonores, olfactives. Cette installation dans un coin de l'accueil permet aussi d'offrir un coin plus calme et d'évaluer la capacité de chacun à se poser dans un lieu où nous observons de nombreux mouvements, des bavardages, des cris, des rires, des déplacements. La permanence est installée toute la matinée mais nous n'y sommes pas toujours présentes, nous rendant à certains moments dans l'espace café pour aller à la rencontre des usagers et depuis janvier, pour travailler en groupe autour d'un magazine collaboratif. Cette proposition a pour objectif d'accompagner les usagers dans le développement de leur créativité, leurs capacités de symbolisation, dans la relation à l'autre.

Ce sont les rencontres qui vont être le point de départ de notre projet thérapeutique. Nous cherchons à adopter une position de « *réceptivité sensorielle* » dont parle Potel (2015, p. 63). Nous sommes attentives à notre posture, à notre régulation tonique, à notre voix, à notre présentation psychocorporelle. Les premiers échangent arrivent très vite, les usagers ont l'habitude de serrer la main de tous lors de leur arrivée. C'est ainsi le toucher qui vient établir le premier contact. Tout au long de l'année je rencontre des mains petites, grandes, douces, fermes, souples, dures, furtives, insistantes, froides, moites. Je reçois alors des informations sensorielles essentielles qui enrichissent mes observations psychomotrices. Ces poignées de mains m'amènent à appréhender le tonus des personnes rencontrées. Je suis attentive également à la motricité globale de chacun dans leurs postures, leurs mouvements, leurs déplacements. J'observe le rapport qu'ils entretiennent à l'espace, à l'environnement et aux autres. Les voix m'interpellent dans la tonalité, la musicalité, j'entends des voix rauques, graves, cassées, fragiles, rieuses, tremblantes. Les odeurs corporelles sont imprégnées parfois par la poussière, l'alcool, le tabac et me donnent à ressentir la grande précarité qui les touchent pour la plupart. Je rencontre également des peaux

marquées par de nombreux reliefs, que ce soient tatouages, piercings, cicatrices, rougeurs, gonflements ou piqûres. Tous mes sens sont aiguisés et sont parfois pris dans ce tourbillon que j'observe tous les jeudis.

B. Construction du projet thérapeutique

Ce temps d'accueil nous permet de nous appuyer sur de nombreuses observations pour construire notre projet thérapeutique, sans cesse en évolution. Nous choisissons de partir de la rencontre pour penser nos prises en charge que nous commençons par un entretien dans le bureau mis à notre disposition. Nous proposons ce rendez-vous suite à nos échanges avec l'équipe et aux nombreux éléments psychocorporels qui nous sont donnés à voir durant ce temps d'accueil libre au fil des rencontres, que ce soit sur la permanence sensorielle dans son exploration ou dans l'espace commun, dans les discussions et dans la présentation corporelle singulière de chacun. L'équipe a pu nous donner leurs indications quant à la pertinence d'un suivi en psychomotricité pour certains usagers : pour Nicolas et Viviane, l'indication de l'équipe était à mon sens tournée vers une recherche d'apaisement et de détente ainsi qu'une prise de conscience corporelle. Ce rendez-vous a toujours été fixé suite à une demande de l'usager. Cet entretien nous permet d'effectuer l'anamnèse de la personne et d'appréhender plus finement les problématiques psychomotrices qu'elle traverse. Nous choisissons de ne pas faire passer de bilans psychomoteurs mais de nous appuyer sur nos observations pour évaluer le fonctionnement psychocorporel des usagers. Il n'existe pas de bilan spécifique pour évaluer les personnes souffrant d'addiction mais nous gardons en tête les différents items psychomoteurs : la sphère tonique et émotionnelle, la posture, la motricité, la sensorialité, l'investissement spatio-temporel, les représentations corporelles. Plus spécifiquement, nous sommes attentives au « *discours sur la sensorialité liée au produit […], à la gestion des risques liés à l'usage […], au mode de consommation, qui vient parler d'un mode d'investissement corporel […], au contexte psychocorporel de la rencontre avec*

le produit et des consommations qui ont suivi » (Constant & Exposito, 2019, pp.315-316). Nous proposons également d'effectuer un dessin du bonhomme[6] en adaptant la consigne, en proposant de dessiner la façon dont la personne se perçoit. Tous ces éléments nous permettent d'avoir une représentation assez globale de l'état psychocorporel de chacun en prenant en compte les mécanismes en jeu dans le processus d'addiction.

Plusieurs usagers nous ont interrogées, plutôt sur un versant d'angoisses, sur ce passage à l'entretien qui a lieu dans le bureau du médecin. Cette salle est située dans un couloir, perpendiculaire à l'accueil, un peu plus loin que la permanence sensorielle. C'est une petite pièce dans laquelle se trouvent un bureau face à la porte, deux armoires et un meuble avec trois étagères. Ce bureau est assez lumineux, une lumière froide qui passe à travers les grandes fenêtres, il est peu isolé au niveau auditif, nous pouvons entendre les différents bruits extérieurs. L'atmosphère médicale et administrative est très présente malgré les quelques plantes présentes. Pour tenter de nous approprier cet espace, nous y avons installé notre matériel et nous changeons la disposition pour recevoir les usagers en entretien, en laissant le bureau de côté et en s'installant sur des chaises pour former un cercle. Lors des séances, le bureau est également mis de côté, laissant de l'espace pour se mouvoir et installer un tapis au sol.

IV. Vignettes cliniques

Je vais vous présenter ici deux usagers du CSAPA, Nicolas et Viviane. Ce sont les deux personnes avec qui nous avons débuté une prise en charge individuelle et ces rencontres ont participé aux questionnements que je présente dans ce mémoire. Ainsi je développerai le déroulement de notre rencontre, du premier entretien et des séances qui ont

[6]Test psychomoteur étalonné par Goodenough permettant d'évaluer les représentations du corps de l'enfant.

suivi. J'aborderai ensuite l'évolution de la prise en charge, qui m'a bousculé dans ma vision de la psychomotricité et a permis de me questionner. Cet écrit tente de rendre compte de l'atmosphère de nos rencontres et est imprégné de mon vécu.

A. Nicolas

1. Rencontre

Florine et moi avons rencontré Nicolas au mois de mai dernier lorsque l'équipe du CSAPA nous a accueillies afin de leur présenter notre projet de stage expérimental. Les étudiantes effectuant alors leur stage expérimental de troisième année étaient présentes. Après notre entretien avec Audrey, la coordinatrice, nous avons passé une partie de la matinée avec elles, lorsqu'elles sortaient d'une séance avec Nicolas. Il nous avait alors parlé des séances de psychomotricité en expliquant qu'il travaillait autour de son dos en utilisant des postures de yoga et que ça lui faisait beaucoup de bien. Il nous présente également un dessin de squelette qu'il avait réalisé quelques mois plus tôt lors d'une séance, il nous montre le détail de tous les os, nous présentant alors ses capacités graphiques et sa connaissance du corps humain. Il nous indique également la cigarette allumée qu'il a dessinée dans la bouche de ce squelette, ce qui le fait rire puisqu'il fume alors qu'il est déjà mort. Cette première rencontre a été assez marquante : Nicolas parle beaucoup, il nous fait comme des confidences sur sa bisexualité, il nous montre ses productions et paraît très investi dans ses séances. Il nous parle de son corps, des os qui le constituent, de ses postures. Je perçois la relation thérapeutique tissée avec les étudiantes, le cadre semble solide et la psychomotricité bien identifiée pour Nicolas. En septembre, lors de notre premier jour de stage, nous retrouvons Nicolas, qui nous reconnaît.

2. Anamnèse

Nicolas est un homme de 57 ans, assez grand, les cheveux mi-longs peignés en arrière, le visage marqué par des rides d'expression. Il est généralement habillé élégamment et porte un long manteau noir qu'il garde sur lui ou à ses côtés. Seule la peau de son visage et de ses mains est visible. Ses mains sont rouges, violacées, gonflées. J'apprends plus tard qu'il injectait de l'héroïne dans cette partie du corps, ces mains qui m'ont immédiatement interpellée par leurs marques colorées et leurs reliefs.

Nicolas est issu de la communauté des gens du voyage, il a trois frères et une sœur. Il a été rejeté par sa famille et son entourage dans lesquelles il y aurait eu beaucoup de violences et traumatismes. J'apprends cela au détour d'une conversation informelle avec l'éducatrice spécialisée référente de Nicolas, mais elle ne peut me donner plus d'informations. Il a donc quitté sa caravane et l'équipe du CSAPA l'a accompagné dans ses démarches de recherche de logement : il a d'abord été logé au mois dans des hôtels sociaux et vit depuis un an maintenant dans un logement autonome. Il est sous curatelle depuis quelques années, après plusieurs hospitalisations en service de psychiatrie.

Il est suivi au CSAPA depuis 2003, suite à une orientation d'un autre CSAPA. Il me semble important de préciser qu'entre 2010 et 2014, le suivi de Nicolas a été interrompu pour des raisons inconnues, rupture de plus dans son parcours de vie. Nicolas présente une dépendance à de multiples produits : tabac, cannabis, héroïne, cocaïne, crack mais aussi aux jeux d'argent. Il est sevré de l'alcool depuis 2001 et il n'en aurait pas bu depuis. Nous notons que Nicolas utilise diverses modalités de consommation : la fumée pour le tabac, le cannabis et le crack, l'injection pour l'héroïne et la cocaïne, la voie orale dans le passé pour l'alcool. Ses différents modes de consommation m'interrogent sur la recherche de sensations

multiples. Nicolas a pu me dire qu'il préférait l'injection de la cocaïne plutôt que le sniffing[7] : en l'injectant, il me dit sentir le produit se diffuser dans son sang alors que le sniffing lui donne des sensations désagréables et parfois des douleurs au niveau des parois nasales.

Nicolas est présent à l'accueil libre tous les jours de la semaine, généralement de l'ouverture à 9h jusqu'à 11h30, heure à laquelle il se rend au Centre Médico-Psychologique du secteur. Le suivi en CMP a été l'objet d'un long travail avec lui afin qu'il puisse participer à des activités dans un autre cadre et être suivi par un psychiatre. En effet, suite à une hospitalisation lorsqu'il avait une vingtaine d'années, un psychiatre note dans son dossier médical que Nicolas présente un trouble psychotique. J'ai choisi de me concentrer dans cet écrit sur les problématiques addictives que traversent Nicolas et Viviane et ne développerai pas leurs comorbidités psychiatriques. Elles sont évidemment à prendre en compte dans la lecture globale des patients et ne peuvent être ignorées dans leur prise en charge.

Au niveau médical, Nicolas présente une bronchite chronique, une hépatite C, traitée et guérie, ainsi qu'une cirrhose. Il se plaint de douleurs au dos très régulièrement. Son corps est donc marqué par une gêne respiratoire causée par la bronchite, par une dégradation organique et des douleurs. Nicolas a de nombreux traitements délivrés par le médecin du CSAPA. Il est sous traitement méthadone qui est un substitut aux opiacés. Il prend également plusieurs fois par jour des benzodiazépines et des neuroleptiques. Certains ont été prescrits pour leur action sédative, à prendre avant de dormir. Ses médicaments lui sont délivrés quotidiennement car Nicolas n'est pas autonome pour leur gestion, il a tendance à surconsommer.

[7]Aspiration par le nez à l'aide d'une paille.

3. Observations psychomotrices et premier entretien

Lorsque Nicolas entre dans le bâtiment, il dit bonjour à tout le monde en serrant la main aux différentes personnes présentes et s'inscrit sur la feuille de rendez-vous du pôle médical. Ce rituel ne peut être perturbé : j'ai pu l'entendre à plusieurs reprises interpeller des professionnels et des usagers qui ne venaient pas lui serrer la main. Nicolas s'installe soit sur les bancs du côté de l'espace café soit dans un des poufs de la permanence sensorielle, les jambes croisées, le regard dans le vide. Il fait des allers-venues afin de fumer une cigarette à l'extérieur du bâtiment. Il peut s'adresser à nous ou aux autres de manière assez soudaine sur des sujets qui reviennent régulièrement : il nous montre sur son téléphone beaucoup de chansons d'Amy Winehouse, de l'air « défoncé » qu'elle présente sur ses vidéos, comme fasciné par cette femme. Il peut aussi aborder son homosexualité, sujet très ambivalent qu'il affirme et nie à la fois, en insultant parfois ceux qu'il nomme les « PD ». Il nous parle de ses maux de ventre, de sa cirrhose au foie qui pourrait se transformer en cancer puis en crabe, le dévorer de l'intérieur et provoquer sa mort, quelque chose qu'il qualifie à répétition de dangereux. Ce discours ramène à des angoisses archaïques telles que la dévoration et l'intrusion, que nous retrouvons dans les structures psychotiques, et je me pose ainsi la question de la conscience que Nicolas a de son corps et de ses limites. Lorsqu'il parle de son corps, il parle presque uniquement de douleurs.

Dans le groupe, Nicolas peut déranger : j'ai ressenti parfois de l'agacement autant chez les professionnels que chez les usagers mais je ne suis pas certaine qu'il le perçoive.

Lors du premier jour de stage, le 12 septembre, il nous demande si nous pouvons tout de suite commencer à travailler avec lui comme Elise et Emy l'ont fait l'année dernière afin de faire des « exercices ». Nous lui expliquons que nous allons prendre le temps de trouver nos marques durant les deux premiers jeudis mais que nous pourrons nous voir par la suite. Le temps de la rencontre nous semble primordial et nous voulons passer par un

temps d'observation pour ne pas tomber dans un agir immédiat qui me semblerait une réponse collée à une problématique récurrente de l'addiction, être dans l'agir ici et maintenant.

Le jeudi suivant, il nous formule de nouveau une demande pour travailler ensemble, nous fixons un rendez-vous pour la semaine suivante. Nicolas est alors absent et lorsque nous lui proposons de se rencontrer pour un premier entretien la semaine suivante il décline, expliquant qu'il ne se sent pas très bien, qu'il est trop fatigué. La temporalité semble marquée de ruptures, elle n'est pas continue et me semble le reflet des limites que je perçois de Nicolas. Finalement, le 24 octobre, lors d'une discussion avec lui dans l'accueil autour de ses douleurs au dos notamment, des contractions, nous lui proposons de nouveau de nous rencontrer, ce qu'il accepte.

Nous nous rendons avec lui dans la salle mise à notre disposition le jeudi, le bureau du médecin, et nous installons sur des chaises. Durant cet entretien, Nicolas s'assoit sur une chaise en face de moi, Florine se trouve sur sa gauche. Il garde sur lui son grand manteau noir. Il est assis plutôt en arrière et semble assez tendu musculairement, non pas de l'ordre d'une carapace tonique mais plutôt comme un jeune adolescent qui ne sait comment positionner son corps. Cette image presque enfantine reviendra régulièrement dans les postures de Nicolas : sa grande taille, son apparence physique et vestimentaire montre bien un homme d'une cinquantaine d'années mais sa démarche et ses attitudes, les pieds traînant un peu, les bras ballants, la posture parfois affalée dans le pouf me renvoient l'image d'un jeune adolescent mal dans sa peau, pour Nicolas qui justement nous dit non pas *être* mal mais *avoir* mal.

Sa première demande est de faire tout de suite des exercices de yoga. Nous lui expliquons que nous avons quelques questions afin de mieux nous connaître pour commencer un travail en psychomotricité. Nous avons fait le choix d'enregistrer nos

entretiens, nous lui demandons donc son accord qu'il nous donne en signant l'autorisation. Il semble tout de même un peu inquiet d'être enregistré, il se met à parler fort en voyant le téléphone. Nous le rassurons et il reprend un niveau sonore plus ajusté. La voix de Nicolas est très changeante selon son discours, elle n'est pas monotone. Je trouve ici une forme de vie, un mouvement, en opposition à un élément qui pourrait être figé, comme son regard dans le vide lorsqu'il est silencieux. Lorsqu'il parle d'un évènement douloureux, les sanglots sont là, lorsqu'il parle de ses consommations il chuchote, il crie avec indignation lorsqu'il parle d'un viol subi lorsqu'il était âgé d'une vingtaine d'années. Quant à son discours, il est assez éparpillé, incohérent, les associations d'idées ne sont pas évidentes. J'ai l'impression qu'il vient ici déverser beaucoup d'angoisses, il aborde des sujets dont il ne parle pas avec nous en dehors de cette salle, même sur la permanence sensorielle lorsqu'il est seul avec nous. Il nous parle de la mort, de la religion, de viol, de sexualité, de son adolescence ,etc., sujets qui touchent directement la sphère intime. Ce qui me frappe est le contraste entre la violence des propos qu'il nous expose et la façon dont il s'exprime : j'ai l'impression de voir un acteur et en même temps de voir beaucoup d'émotions le traverser. Je sens comme un décalage entre le discours et le véritable vécu corporel. Sa voix présente un mouvement, des contrastes, elle est vivante et pourtant l'ensemble du discours ne semble pas incarné, ses manifestations corporelles sont comme superficielles et n'entrent pas en résonance avec ses propos. Il bouge peu, son visage est peu expressif, lorsqu'il exprime avec des mots de la tristesse, il tient sa tête dans ses mains mais le reste de son corps n'incarne pas cette émotion marquée de violence dans son discours.

4. Projet thérapeutique et début de prise en charge

Nicolas n'est pas venu à la séance suivante, ni à celle d'après. Nous l'avons accueilli pour une séance, dans le même bureau, environ un mois après cet entretien. Ce qui est ressorti de cet entretien pour nous est la dissonance entre le discours de Nicolas sur son

corps et ses ressentis, ce qu'il a pu nous en dire et sur ce que nous recevions de son langage corporel. Nous avons donc fixé notre axe thérapeutique ainsi : accompagner Nicolas pour affiner les sensations et les perceptions qu'il a de son corps à travers un travail autour des enveloppes. Ayant en tête qu'il a travaillé l'année dernière avec les stagiaires en psychomotricité à travers la médiation yoga afin de développer sa conscience corporelle, nous choisissons de travailler avec la relaxation et de proposer petit à petit un enveloppement afin de lui apporter une certaine contenance.

Pour commencer la première séance, nous proposons à Nicolas de retirer son manteau, ce qu'il accepte. Il s'allonge très vite au sol sur le tapis que nous avions installé, d'abord sur le ventre puis il se retourne sur le dos. Il accepte le plaid que nous mettons simplement en couverture sur lui, pour éviter le froid. Nous ne proposons pas tout de suite un enveloppement plus complet car nous le pensons trop intrusif. Florine propose cette séance de relaxation, en commençant par une prise de conscience des appuis au sol et des sensations présentes à cet instant. Cette séance de relaxation a duré très peu de temps, Nicolas nous a signifié qu'il voulait sortir assez subitement, sans raison apparente à nos yeux. Plus tard, nous pensons que nous avons peut-être été trop vite : il a pu enlever son manteau qu'il ne retire jamais et qui peut constituer sa limite, nous lui en avons mis une autre, le plaid qui ne lui appartient pas. La mise au sol était également peut-être trop régressive et lui amener des angoisses autour d'un corps qui se vide.

5. Evolution

Nous n'avons plus eu de séance individuelle avec Nicolas depuis cet événement, nous le voyons presque tous les jeudis au sein de l'accueil libre où il vient discuter avec nous, sans reparler des sujets abordés lors de l'entretien. Nous avons pu reparler de la psychomotricité mais il n'a pas souhaité retourner en séance pour le moment. Nous

continuons à travailler avec lui dans cet espace ouvert qu'est l'accueil libre où Nicolas a ses repères. Ce cadre nous permet également de travailler avec lui sa place dans le groupe, qu'il a du mal à trouver, les relations aux autres étant difficiles : Nicolas peut se montrer intrusif en parlant très fort, en interrompant des conversations, et parfois agressif verbalement.

Nous travaillons donc dans la permanence sensorielle, il vient régulièrement s'asseoir dans un pouf lorsque l'une de nous est présente. Nicolas cherche de plus en plus la relation duelle, il a besoin de beaucoup d'étayage, d'attention et de validation de ce qu'il dit et fait. Nous devons rester attentives à ne pas rejouer une relation d'exclusivité, comme celle qu'il entretient avec le produit. Le jeudi 7 février, je suis en train d'installer la permanence sensorielle lorsque Nicolas arrive. Il s'assied dans un pouf, me regarde accrocher un nouveau dessin sur le mur sur lequel nous affichons les œuvres apparaissant dans le magazine collaboratif. Me demandant ce que c'est, je lui montre son dessin, celui de la semaine précédente. Il dit ne pas s'en souvenir mais qu'effectivement c'est bien un dessin de lui. Lorsque je lui redonne le thème du mois « détente et soulagement », il éclate de rire, il semble saisi d'une émotion très forte et ne peut arrêter son rire, ni réguler sa respiration qui s'emballe. Florine arrive à cet instant et lorsque je lui explique la raison de ses rires, Nicolas est de nouveau saisi par cette émotion qui semble l'envahir complètement, sans limite. Il finit par s'apaiser, au bout de quelques minutes. Je suis dans un fauteuil à côté de lui, toujours dans la permanence sensorielle pendant que Florine débute l'atelier collage pour le magazine de l'autre côté du mur. Je reste silencieuse mais mon regard se veut contenant et je reste présente à lui. Il a le regard dans le vide et puis sa respiration reprend petit à petit un rythme habituel. Nicolas me parle alors de sa soirée de la veille : il est arrivé tôt ce matin car il a peu dormi, il a passé la nuit avec un ami, à fumer du cannabis jusqu'à trois heures du matin, acte qu'il condamne, me disant qu'il sait qu'il n'aurait pas dû. Il me dit être resté dormir chez cet ami, dans le même lit mais insiste sur le fait qu'ils n'ont que dormi, chacun à un bout du lit et qu'il ne s'est « rien passé » car Nicolas dit « ne pas pouvoir avoir des relations avec des hommes, je ne fais pas des choses comme ça moi ». Ce discours

ressemble à des confidences, il parle assez bas, semble inquiet que je ne le crois pas. Il semble guetter les expressions de mon visage, les éventuelles réactions que je pourrais avoir face à ces déclarations. Il est alors appelé par l'infirmière et se rend au pôle médical. Lorsque Nicolas revient, je travaille sur l'atelier collage pour le magazine avec Florine et plusieurs usagers. Je lui propose de venir m'aider à découper les lettres pour former le mot détente pour la couverture du magazine. Il accepte mais très vite me demande d'aller fumer une cigarette avec lui dehors « rien que tous les deux ». Je décline en lui expliquant que je suis en train de travailler sur cet atelier mais qu'il peut aller fumer une cigarette et revenir ensuite s'il le souhaite. Il prend alors une voix d'enfant et me supplie de venir. Il verbalise de lui-même qu'il prend une voix enfantine pour m'amadouer et en rit. Il me dit alors que les rires d'enfants le détendent, lorsqu'il a son neveu sur ses genoux et que cet enfant rit, cela l'apaise. Je lui propose de dessiner cette scène pour l'inclure dans le magazine du mois sur le thème de la détente s'il le souhaite. Il me dit qu'il préfère que je dessine mais quand je reviens avec une feuille et un crayon il me les prend des mains et se met à dessiner. Il commence par un homme sur une chaise, verbalise les traits qu'il trace (le dos de la chaise, les cheveux, la silhouette, etc.) et lorsqu'il arrive au pantalon il dessine des plis au niveau de l'entrejambe en me disant que c'est le « sexe de l'homme qui ressort ». Je retrouve ici un discours sur la sexualité masculine qui semble perturber Nicolas tant dans son expression que dans sa représentation. Il dessine ensuite un bébé sur les genoux de cet homme, bébé qui pleure et non qui rit aux éclats comme il me l'avait annoncé. Par la suite, lorsque nous mettons en forme le magazine, un autre usager, en dehors de la présence de Nicolas, me verbalise le côté « glauque » que ce dessin lui renvoyait, « sans avoir l'esprit mal placé ». Plusieurs éléments m'interpellent dans la réalisation de ce dessin. Je rencontre une nouvelle fois un écart entre le discours de Nicolas, ici le dessin d'un enfant riant aux éclats, et finalement son geste, le dessin d'un enfant qui pleure. La question du rapport homme – enfant est également questionnant, dans la façon dont il cible l'entrejambe de l'homme et dans ce que ce dessin peut renvoyer aux autres. Le rapprochement de ce dessin avec le viol dont nous a parlé Nicolas m'a également interrogée.

B. Viviane

1. Rencontre

Viviane est une femme d'une cinquantaine d'années que nous rencontrons plusieurs mois après le début de notre stage. Très peu de femmes se rendent au CSAPA et sa présence nous interpelle dès son entrée dans le bâtiment. Viviane semble avoir été quelqu'un que nous pourrions qualifier de très belle femme. Elle porte des vêtements assez colorés, ses cheveux sont cachés sous une capuche, son apparence physique me semble déstructurée : elle semble avoir fait attention à son apparence mais sa perruque et ses vêtements sont mis de travers, elle est maquillée mais a un visage marqué par la fatigue et par la consommation. Sa posture est très affaissée, le dos en enroulement, la tête rentrée dans ses épaules, les bras le long du corps, généralement avec sa cigarette électronique dans une main et son téléphone dans l'autre. Sa démarche me frappe tout de suite : ses pieds traînent sur le sol, j'ai l'impression qu'elle va s'effondrer à chaque pas, elle présente parfois des titubements. Elle qualifiera plus tard lors d'une séance cette démarche de « démarche de toxico », car d'après elle, en état d'ivresse et de « défonce », on marche de cette façon. Elle semble perdue, déambule un peu dans l'espace d'accueil.

2. Anamnèse

Viviane a une fille de vingt-trois ans qu'elle ne voit plus depuis très longtemps, pour des raisons que j'ignore, le père aurait enlevé l'enfant lorsqu'elle avait cinq ans. Elle semble très proche de sa mère avec qui elle est en contact par téléphone tous les jours, voire plusieurs fois par jour mais nous apprenons qu'elles ne se sont pas vues depuis plus de vingt ans alors qu'elles habitent dans la même région. Nous avons pu entendre Viviane au téléphone avec sa mère et ce qui m'a frappée est le changement de voix, j'avais l'impression

d'entendre une toute petite enfant, ce qui me rappelle la vision enfantine que j'ai pu avoir de Nicolas. Quant au père de Viviane, il est décrit par sa référente sociale, comme un « coureur de jupons ». Il travaillait dans le milieu festif et Viviane aurait pris ses premières consommations d'alcool et d'ecstasy avec lui. Il lui aurait également fait ses premières injections de produits.

Viviane vit en logement autonome depuis dix ans et est suivie au CSAPA depuis 1998. Le premier objet de dépendance a été l'alcool dont elle est sevrée, elle n'y touchera plus, d'après ses propos confirmés par sa référente sociale. Les produits que Viviane consomme aujourd'hui sont multiples, la cocaïne, le crack, les opiacés mais aussi les benzodiazépines. Elle nous dit avoir « tout pris ». Régulièrement, Viviane porte des foulards autour du cou pour cacher les marques d'injection à la gorge et elle a pu nous dire qu'elle allait « fumer un caillou »[8] après son passage au CSAPA.

Au niveau médical, Viviane a eu trois hépatites C, traitées et guéries. Elle est sous traitement méthadone délivré chaque semaine ou tous les quinze jours. Elle prend également des neuroleptiques et un hypnotique. Son dossier médical indique que Viviane présente un trouble de la personnalité borderline.

3. Entretien

Lors de notre première rencontre, nous sommes assises avec Florine sur les bancs de l'accueil, en pleine discussion avec des usagers. Je vois du coin de l'œil Viviane s'asseoir sur un banc libre et écouter notre conversation sans intervenir. Puis, sur un bref moment de silence, elle nous demande qui nous sommes et ce que nous faisons ici. Nous nous présentons et expliquons en deux mots ce qu'est la psychomotricité. Elle réagit tout de suite

[8]Le terme de caillou désigne le crack.

en demandant à nous voir dans notre bureau. Nous recevons Viviane pour le premier entretien. Durant cet entretien, Viviane s'adresse seulement à l'une ou l'autre d'entre nous mais pas aux deux au même moment, ses paroles semblent adressées dans une seule direction. Je remarque rapidement un grand ralentissement psychomoteur, tant au niveau de ses mouvements qu'au niveau de son élocution : sa voix grave est ralentie, comme engluée. Son niveau tonique semble assez bas, lorsqu'elle porte sa cigarette à la bouche, son geste est lent et mou. Elle est tordue sur sa chaise, son corps ne suit pas l'axe corporel. Elle nous dit être très fatiguée et être abstinente depuis cinq jours : elle a l'habitude de prendre du crack et cinq jours auparavant elle nous dit avoir jeté tous ses produits d'un coup afin de ne plus avoir de « tentations ». Elle semble animée par une urgence de changement de vie : elle veut arrêter toute consommation, elle veut déménager, elle a pris rendez-vous chez le coiffeur le lendemain pour « changer de tête » et qu'on ne la « reconnaisse plus ». Elle nous parle alors du contexte de prostitution dans lequel elle évolue depuis des années qui lui permet d'obtenir ses produits de consommation. Elle nous dit ne plus vouloir avoir ces pratiques-là : elle ne veut plus être touchée par un homme, elle veut changer de tête pour ne plus être reconnue dans son quartier car tout le monde la connaît pour ça. Sa référente sociale a pu nous dire par la suite que Viviane change de prénom et d'apparence lorsqu'elle se prostitue.

4. Projet thérapeutique et début de prise en charge

De cet entretien ressort un désinvestissement corporel chez Viviane, une dévalorisation très forte et une dispersion dans son discours. Nous retenons surtout la déstructuration psychocorporelle que présente Viviane et nous axons notre projet thérapeutique autour de la recherche d'unité corporelle et de rassemblement par la construction d'une enveloppe solide. De par les expériences très négatives du toucher que nous décrit Viviane, nous choisissons de travailler avec un toucher contenant, afin de lui

proposer d'autres expériences sensorielles, plus positives et rassurantes autour de corps qu'elle attaque.

Nous fixons un rendez-vous avec Viviane pour le jeudi suivant, l'après-midi à sa demande, car elle souhaite éviter être au contact des hommes du groupe mais elle est absente. Nous reportons à la semaine suivante et choisissons de lui téléphoner quelques heures avant notre rencontre. Elle nous dit alors préférer le décaler encore une fois car elle est trop fatiguée et ne viendra donc pas au CSAPA. Pourtant, Viviane est présente au centre à l'heure de son rendez-vous avec nous pour voir Audrey, la coordinatrice, qui lui demande si elle veut venir en séance avec nous. Viviane accepte mais souhaite aller « fumer un caillou » avant la séance. Avec Florine, nous décidons alors de la reporter, expliquant à Viviane que nous ne pouvons la recevoir juste après une consommation de crack qui perturberait les sensations et perceptions, explications que Viviane semble comprendre et accepter. Il me semble que Viviane pouvait être anxieuse quant à cette séance de part l'annulation du rendez-vous puis finalement sa venue et ensuite sa volonté de consommer avant de venir. Il apparaît ici encore un schéma assez déstructuré autour du tout ou rien.

Le jeudi suivant, Viviane est présente le matin et nous lui proposons alors sa première séance. Avec Florine nous choisissons d'être toutes les deux actives dans la relaxation afin de proposer une relation petit à petit triangulaire et non plus simplement duelle. Florine lui propose ainsi une mise en corps puis je propose à Viviane des contacts, d'abord avec une balle, puis avec mes mains, par des pressions en faisant tout le tour de son corps, en accompagnant par ma voix qui nomme les parties du corps. J'insiste un peu plus au niveau de ses pieds afin de lui proposer de s'attarder sur ses appuis. Pour finir, Florine vient poser ses mains au niveau de ses pieds pendant que j'enveloppe sa tête de mes mains afin de lui donner des contacts aux deux extrémités de son corps, ce qui lui en donne les limites. Durant cette séance, Viviane a du mal à garder le silence, elle verbalise beaucoup lorsque je lui propose de se concentrer sur telle ou telle partie du corps et semble

acquiescer à toutes mes propositions sans réellement les ressentir. Au fur et à mesure, je sens une certaine détente s'installer, Viviane s'endort, nous entendons des ronflements mais son visage reste crispé et elle semble encore un peu en état de vigilance. Pour le temps de verbalisation, Viviane peut nous dire que « ça l'avait détendue » mais ne peut élaborer plus que cela autour de ses sensations corporelles.

Nous terminons la séance après ce temps de verbalisation et fixons un rendez-vous la semaine suivante mais nous ne retrouvons Viviane qu'au mois de janvier, soit environ un mois après cette première séance. Ainsi le 9 janvier, Viviane est présente dans l'accueil : elle a l'air enjouée, est souriante et danse, « c'est la fête » dit-elle. Elle nous serre la main comme d'habitude, main assez molle et avec un toucher léger. Sa démarche est également reconnaissable : avachie, lente, traînant les pieds. Elle me semble assez disponible et une éducatrice nous dit qu'elle lui a fait la demande de nous voir. Nous lui proposons donc de la recevoir en séance ce qu'elle accepte après avoir fumé une cigarette. Nous souhaitons continuer autour de la conscience corporelle par le toucher ainsi que travailler autour de sa posture, de ses mouvements dans les déplacements. Ainsi, nous lui proposons d'abord un éveil corporel, en travaillant debout : nous commençons par un travail de repousser des appuis des pieds afin de chercher un redressement. Des images lui viennent immédiatement : elle nous dit que beaucoup de personnes lui disent qu'elle a une démarche avachie, buste penché vers l'avant, genoux pliés, pieds qui traînent sur le sol et nous le mime : « c'est une démarche de toxico », « c'est à cause du crack ». Il me semble ici qu'elle signifie un des effets que le produit a sur son corps. Elle semble le constater, en être consciente mais ne pas pouvoir changer cela. Elle nous dit ensuite qu'auparavant elle avait une démarche de mannequin, qu'elle mime également. Nous lui proposons alors d'adopter cette démarche de mannequin, nous faisons plusieurs allers-retours dans la grande salle avec elle. Son imitation est alors assez caricaturale mais elle parvient à trouver un certain axe. Nous lui proposons ensuite de reprendre la démarche avachie dont elle parle, qu'elle imite mais en marchant à l'envers. Nous passons par des étirements pour retrouver un

redressement postural. Nous lui proposons alors de s'allonger sur un tapis, jambes tendues et pieds contre le mur. Elle choisit de mettre le pouf sous sa tête. Je propose une séance de relaxation en l'invitant à recommencer un travail de repousser des appuis, en effectuant des pressions plantaires sur le mur, et l'invite à se concentrer sur les sensations qui viennent : tout de suite elle verbalise en expliquant que ça bouge dans ses mollets, ses genoux, ses hanches et son cou. Elle a des mouvements de rotation du bassin et effectue le mouvement avec beaucoup d'attention. Je l'invite à faire un état des lieux de son corps, elle est alors silencieuse et paraît très concentrée. Nous lui proposons ensuite un enveloppement avec un plaid, qu'elle accepte. Nous lui demandons de nous indiquer si la couverture est trop serrée ou non, elle nous répond que c'est bon comme cela mais il me semble qu'elle ne sait pas exactement ce qui lui convient puisqu'à la fin de la séance elle nous dit que « ça aurait pu être plus serré ou moins serré ça aurait été bien aussi ». Je propose ensuite à Viviane de rester allongée sur le sol, sans repousser le mur et commence un travail de relaxation en proposant d'abord d'effectuer un état des lieux du corps en appuyant mes indications sur les différents appuis au sol et sur la respiration. Viviane reste alors assez immobile et j'observe son corps qui semble se détendre, être de plus en plus ancré dans le sol. Je remarque que son visage reste crispé, les sourcils froncés, la mâchoire serrée. Elle verbalise des douleurs au niveau des bras, des mouvements que je lui indique et puis lorsque je parle des appuis des mains, elle bouge, sort ses bras de la couverture et nous demande un verre d'eau que Florine lui apporte. Elle se réinstalle allongée au sol, les mains croisées sur le ventre et nous lui proposons, en pensant apporter une contenance plus marquée, de resserrer la couverture, qu'elle a remise sur elle, ce qu'elle accepte. Je reprend les propositions sur ses appuis et je lui indique ensuite que je vais venir effectuer des pressions en partant des épaules et en effectuant tout le tour de son corps, comme à la dernière séance. Durant ce toucher, Viviane se relâche de plus en plus, je peux le sentir et finit par s'endormir mais son visage reste crispé. Après quelques minutes dans le silence, je propose à Viviane de reprendre des mouvements, d'abord au niveau des extrémités du corps afin de rétablir un certain niveau de vigilance. Vient alors le temps de verbalisation : Viviane nous parle de ses sensations et peut

élaborer un peu plus que la séance précédente. Elle nous montre des zones précises dont elle a senti les muscles se détendre. Lorsque nous lui demandons si elle peut nous parler de ses ressentis au niveau des appuis plantaires sur le mur, elle nous dit « ça sécurise ». Nous terminons la séance sur cet échange et Viviane nous dit à la semaine suivante.

5. Évolution

Le suivi de Viviane s'est arrêté ici, nous ne l'avons pas revu depuis cette séance. Un usager est décédé d'un cancer le dimanche suivant et Viviane a passé beaucoup de temps avec la compagne de celui-ci. Ainsi elle est peu venue au centre les semaines suivantes et nous apprenons par l'équipe qu'elle est présente maintenant le mardi et qu'elle ne se sent pas prête à reprendre un travail en psychomotricité. Je crois pourtant que l'évolution dans la verbalisation en seulement deux séances montre que Viviane peut mettre des mots sur ses sensations corporelles, ce qui me fait penser qu'elle peut recontacter son corps et que nous pourrions l'accompagner en ce sens.

PARTIE II: LECTURE PSYCHOCORPORELLE DE LA PERSONNE ADDICTE

I. Définition d'une addiction

A. Addiction

La question des addictions est une problématique majeure de santé publique mais aussi une question sociale et politique. Ici je décris la notion d'addiction telle que la médecine l'aborde aujourd'hui, par une approche centrée sur les conséquences des consommations pour l'individu et non en s'appuyant sur les distinctions entre addiction comportementale et addiction aux substances psychoactives ou encore entre substances licites et illicites, ces distinctions étant secondaires.[9]

Le terme d'addiction vient du latin *ad-dicere, « dire à »,* vocabulaire juridique indiquant le fait de mettre son corps à la disposition de son créancier. (Pedinielli et al, 2019, p.11). Nous trouvons également l'origine latine *addictus,* qui désigne la coutume par laquelle un individu est donné en esclavage (McDougall, 2004, p.11). Derrière le terme d'addiction, nous distinguons donc une notion d'aliénation par la perte de liberté et de contrôle sur le corps propre.

En 1990, A. Goodman (cité par Pédinielli et al., 2019), définit l'addiction comme « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.* » (pp.16-17). Nous

[9]Référentiel de psychiatrie, 2014.

retrouvons ici les origines latines du terme à travers l'aliénation à un comportement contre lequel l'individu ne peut lutter.

A cela s'ajoute deux réflexions : la recherche de plaisir, de satisfaction ainsi que la recherche d'apaisement d'un mal-être. J. McDougall met en lumière ces notions : « *l'objet d'addiction est investi de qualités bénéfiques, voire de l'amour : objet de plaisir à saisir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables* » (2/2004). Les personnes ayant des conduites addictives n'ont pas pour but de se mettre en position d'esclavage, ni de s'empoisonner comme le terme de toxicomanie le sous-entend, mais au contraire de rencontrer un bon objet, comportement ou produit, lui apportant un bien-être voire un sens à la vie. Cette recherche de bien-être par un objet extérieur anime chacun d'entre nous et n'est pathologique que dans le cas où elle est considérée comme l'unique solution (J. McDougall, 2004). Dans le cas de l'addiction, nous retrouvons un ensemble de conduites agies qui marquent cette relation d'exclusivité entre l'individu et l'objet d'addiction. Elles présentent les caractéristiques suivantes :

« - *recherche avide d'un objet de satisfaction aux dépens d'un désir plus élaboré et d'un plaisir plus socialisé*
- *la répétition de l'acte dans la dépendance à l'objet […]*
- *la proximité de la déstructuration et de la mort du corps, en tous cas l'utilisation risquée de celui-ci* » (Andre et al, 1996, p. 79).

Ce dernier point me semble juste dans les actes, nous retrouvons de nombreuses conduites à risque chez Viviane notamment qui a pu nous dire qu'elle avait déjà pensé à « passer cap » d'après ses propos, mais qu'elle se ressaisit toujours ou encore qu'elle ramasse les mégots de cigarettes sur le sol pour les fumer, ne s'arrêtant que lorsqu'elle a développé une infection dans la bouche. Ce passage soudain entre consommation excessive et abstinence complète pendant plusieurs jours me semble également

déstructurer le corps, placé dans un tout ou rien. Néanmoins, tout comme la toxicomanie ne nait pas d'un désir de s'empoisonner, l'addiction est une pulsion de vie, un processus permettant à l'individu addict de mettre en jeu et en acte son corps pour tenter d'exister (André et al, 1996).

B. Toxicomanie

La toxicomanie a encore aujourd'hui une connotation très négative, réduite à la consommation de substances illicites : le toxicomane brave les interdits, les normes sociétales et se situe ainsi en marge de la société, par le désir maniaque de s'empoisonner. J. McDougall (2004, p.15) a questionné cette volonté de se faire du mal comme but premier de la personne addict et a finalement conclu que c'est bien la recherche du plaisir dans un souci d'apaisement qui domine, comme dans toute conduite addictive. La personne toxicomane vient ainsi chercher dans le produit un soulagement d'un mal-être interne.

La toxicomanie, du grec *toxikon*, « poison » et *mania*, « folie » est définie comme « *l'abus et la dépendance à l'égard de produits illicites ou licites possédant des propriétés biochimiques de modification de la conscience, de la perception de soi, de ses capacités et du monde extérieur* » (Pedinielli et al., 2019, p.30). Nous percevons ici que la recherche de plaisir et l'apaisement de la souffrance interne passent par un objet venant modifier l'état du corps. Dans cette définition, il est important de noter la notion d'abus et de dépendance à bien différencier de l'usage. Dans la Classification Internationale des Maladies 10ème édition (CIM-10), trois niveaux sont distingués pour ce qui concerne le mésusage : l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance. Ce dernier se caractérise par une impossibilité de s'abstenir de consommer. Il associe à la fois une dépendance physique, liée au produit

consommé, par le phénomène de tolérance et le syndrome de sevrage, et une dépendance psychique avec le besoin irrépressible de consommer, c'est-à-dire le craving.

1. Classification des substances psychoactives selon leurs effets psychocorporels

Les substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites, ont été classées par par Delay et Denicker, deux psychiatres français, au milieu du XXe siècle, selon l'effet principal sur le corps (Morel, 2015). Nous pouvons ainsi trouver trois classes :

- les dépresseurs : ils ont un effet de sédation et ralentissent les activités cérébrales. C'est le cas de l'alcool, des opiacés tels que l'opium, l'héroïne ou encore la méthadone, des tranquillisants comme les benzodiazépines, des neuroleptiques et des anesthésiants, des solvants volatils comme l'éther, de l'acide Gamma-hydroxybutyrique (GHB) ou encore de la kétamine. Ils peuvent entraîner à haute dose la dépression des systèmes vitaux, respiratoire et cardiaque notamment, et ainsi causer le coma ou la mort.

- les stimulants : ils accélèrent l'activité cérébrale, donnent une impression de gain en énergie et en capacités et diminuent la sensation de faim et de fatigue. Ces effets sont ceux de la cocaïne et ses dérivés comme le crack, des amphétamines, des antidépresseurs mais aussi de la nicotine et de la caféine. Ils sont très coûteux en énergie et les consommations à haute dose ou répétées peuvent provoquer des troubles cardio-vasculaires et un épuisement avec une fatigue intense et une humeur dépressive.

- les perturbateurs : ils viennent modifier les fonctions perceptives mais aussi les émotions liées à ces modifications ce qui peut aboutir à des hallucinations effrayantes. Cette catégorie concerne le cannabis ou encore les hallucinogènes comme le LSD ou les champignons.

Cette classification fait apparaître les effets généraux des substances mais il semble important d'en noter deux autres :

- l'expérimentation a pu montrer ce que nous nommons l'effet placebo c'est-à-dire « *la différence entre la modification constatée lors de l'administration d'une drogue active et celle imputable à l'action pharmacologique de cette même drogue* » (Morel, 2015, p.28). L'attente subjective quant aux effets de la substance consommée aurait donc un impact sur la perception de ses effets.

- lors de polyconsommations, comme c'est le cas pour Nicolas et Viviane, nous ne pouvons omettre le rôle des potentialisateurs, « *substances qui augmentent la réceptivité du cerveau à telle ou telle substance* » (Morel, 2015, p.28). Ainsi, l'alcool jouerait un rôle dans la réceptivité de la cocaïne ou encore des benzodiazépines.

2. Spécificités des produits consommés par les usagers rencontrés au CSAPA

La cocaïne et le crack

La cocaïne est une forme transformée de la coca, extraite des feuilles d'*Erythroxylon Coca* produites majoritairement en Amérique du Sud. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche, souvent coupée avec d'autres produits, qui peut être sniffée, fumée, inhalée ou encore injectée. Elle fait partie des psychostimulants et donne à son consommateur une impression de « *plus grande assurance et une meilleure estime de soi, une euphorie, une impression d'énergie accrue, une accélération des processus psychiques donnant un sentiment d'acuité mentale et parfois de toute puissance* […]*, une illusion de maîtrise et d'hyper-efficience (notamment dans les tâches professionnelles)* » (Michel & Morel, 2015, p.159). La tolérance impose d'augmenter les doses pour obtenir le même niveau d'effets.

Le crack, appelé « caillou », est un dérivé de la cocaïne, diluée dans l'eau et à laquelle est ajouté du bicarbonate de soude ou de l'ammoniac puis ce mélange est chauffé afin d'obtenir un produit sous forme de cristaux, de cailloux.. La cocaïne est donc « basée », c'est pourquoi le crack est aussi nommé free base ou cocaïne basée. Le produit est consommé pour la plupart des usagers en utilisant une pipe à crack qui permet l'inhalation du produit. Les effets sont très rapides et intenses et le craving est très présent.

Les opiacés / opioïdes

Les opiacés sont des dérivés de l'opium : la morphine, l'héroïne mais aussi la méthadone ou la buprénorphine qui sont tous deux des traitements de substitution aux opiacés. Les modes de consommations sont variés, ils peuvent être ingérés sous forme de gélule ou de sirop, injectés, inhalés, fumés, sniffés. Ils font partis des dépresseurs et ralentissent l'activité cérébrale en apportant une sensation de détente, de mieux-être et d'apaisement. Ils font aussi office d'antidouleurs et peuvent amener une certaine euphorie.

Outre les traces sensorielles que laissent les différents modes de consommation sur le corps, ces substances viennent modifier parfois radicalement la perception et la sensation du corps du consommateur.

3. Réduction des Risques

L'usage de substances psychoactives peut entraîner des risques sanitaires et sociaux importants notamment lors de consommations à haute dose ou/et multiples : risque d'overdose, transmission de pathologies infectieuses lors de prêt de seringue, atteintes physiologiques mais aussi rupture avec le milieu familial ou professionnel. La Réduction des Risques (RdR) vise à limiter ces dommages tant au niveau sanitaire qu'au niveau social.

(Morel et al., 2015, p. 532). Cet ensemble de stratégies fait parti des missions obligatoires des CSAPA. Ils ont ainsi l'obligation de s'inscrire dans cette démarche de prévention :

- par l'information : « *séances d'informations collectives et/ou, de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose…)* »[10]. Sur notre lieu de stage, cela prend la forme d'un groupe d' « Echange de savoirs » avec des thématiques diverses : mésusage, consommation de crack, injection de médicaments, dépendance aux benzodiazépines, etc. Les usagers sont également accompagnés individuellement tout au long de leur prise en charge, par la mise en place de leur propre stratégie de réduction des risques mais aussi par les démarches de réinsertion sociale (logement, emploi, équipe sportive).

- par la mise à disposition d'outils de prévention comme des kits d'injection ou des doseurs pour les fumeurs de crack.

C. Les traitements rencontrés en addictologie

Outre la substance consommée, les traitements affectent également l'état psychocorporel de l'usager. Il me semble important de m'attarder sur leurs effets qui à mon sens sont à prendre en compte dans l'évaluation psychomotrice de la personne rencontrée.

[10] CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

1. Les traitements de substitution

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) reposent sur le principe de « *mimétisme neurobiologique* » (Auriacombes & Fatseas, 2004, cités par Magnin & Morel, 2015, p.427) : ils disposent d'effets pharmacodynamiques similaires à ceux du produit addictif. Les objectifs de ces traitements sont :

- apaisement et prévention du syndrome de manque
- diminution de l'envie ou du besoin de consommer
- compenser des dysfonctionnements biologiques et/ou à en atténuer les effets perceptibles.

Ils sont une solution alternative au sevrage, qui peut être brutal. Il existe deux TSO principaux : la méthadone et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD).

La méthadone est un opiacé largement utilisé dans le traitement des dépendances aux opiacés.[11] Elle est généralement prescrite en unidose journalière et doit permettre un sevrage doux, avec une diminution des dosages progressive. Elle vient réguler les sensations d'euphorie et les symptômes de manque induits par l'abstinence. Elle comporte un risque d'overdose important ce qui justifie sa réglementation stricte.

La BHD, contrairement à la méthadone, est un agoniste partiel des opiacés***.*** Ce traitement permet un sevrage plus court et le risque de surdosage est moindre.

Dans les effets indésirables de ces traitements, nous retrouvons les dysfonctions sexuelles, l'hypersudation, la prise de poids induite par les modifications des comportements alimentaires, la constipation. En cas de surdosage, il peut entraîner un excès d'euphorie, une somnolence et une sédation, ce qui est parfois recherché par les usagers, notamment

[11] Jacques, 2006, p.53

avec le BHD dont l'usage est détourné. Certains consommateurs pratiquent l'injection, parfois associée à d'autres prises de produits, dans une « *recherche d'effets à tonalité euphorique (« effet pic ») rappelant les expériences vécues avec l'héroïne* » (Magnin, Morel, 2015, p.430). La prescription par le médecin de l'un ou l'autre des traitements est pensée en fonction des problématiques singulières de chaque usager.

Nous notons que les traitements de substitution agissent sur les effets neurobiologiques des différentes substances et non sur le processus d'addiction qui est un mécanisme dans lequel un malaise interne se répète et ne peut se résoudre par la prise de substances. Ainsi, le sevrage n'est pas toujours évident et c'est pourquoi nous rencontrons des personnes sous méthadone depuis de nombreuses années qui ne peuvent arrêter leurs consommations. Les TSO doivent être prescrits dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique globale, comme c'est le cas en CSAPA.

2. Autres traitements prescrits en addictologie, en lien avec les éventuelles comorbidités

Les benzodiazépines sont des médicaments présentant des propriétés sédatives au niveau de l'anxiété psychique, hypnotique (induction et maintien du sommeil), myorelaxante (décontraction musculaire) et anti-convulsivante (Jacques, 2006, p.304). Ils présentent un risque de dépendance et en cas de surdosage et/ou de mésusage, ils peuvent entraîner des dommages importants : troubles de la mémoire, périodes d'amnésie, réveils difficiles, etc Lors de consommation en journée, certaines benzodiazépines peuvent « *provoquer un effet paradoxal de désinhibition (comportement agressif, libération de pulsions sexuelles…)* » (Jacques, 2006, p.305).

Les neuroleptiques sont des substances agissant sur le système nerveux en régulant l'agitation et l'activité neuronale. Il en existe trois types : les sédatifs agissant sur l'angoisse ou l'excitation, les antipsychotiques luttant contre les hallucinations ou les délires et les antidéficitaires jouant un rôle sur le repli affectif ou l'apragmatisme. Ils peuvent avoir des effets psychocorporels multiples : indifférence, réactivation anxieuse, contractures orales, difficultés de déglutition, prises de poids ou encore sueurs. (Deboves, 2015/2)

II. Enveloppes

Le dictionnaire Le Robert (s.d.) définit l'enveloppe comme une chose qui entoure et en anatomie, une chose qui entoure un organe. L'enveloppe psychique est quant à elle définie par D. Houzel comme une limite, une frontière c'est-à-dire une « *structure permettant de distinguer, de différencier ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace.* » (D. Houzel, 1992, p. 72). L'enveloppe psychique n'est pas un simple *objet* qui délimite mais est une *fonction* (A. Ciccone, 2001/2) : elle contient, rassemble, lie, transforme. Le contenant solide accueille un contenu qui peut être intégré et transformé. Cette notion d'enveloppe me semble être au coeur des problématiques d'addiction et notamment de l'addiction toxicomaniaque : l'enveloppe corporelle des personnes souffrant d'addiction est poreuse, trouée, déformée et ainsi l'intégration d'un dedans et d'un dehors peine à s'inscrire.

A. Le Moi-Peau

1. Le concept

Le Moi-Peau a été développé par D. Anzieu en 1974 afin de conceptualiser la notion d'enveloppe psychique. Il définit le Moi-Peau comme une « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* » (1995, p.61). Selon lui, l'activité psychique trouve son étayage sur les fonctions biologiques et ainsi l'enveloppe psychique qu'il décrit s'étaie sur les différentes fonctions de la peau.

Cette enveloppe psychique comprend deux couches présentant une structure et une fonction différente. La couche périphérique est tournée vers l'extérieure, elle est dure et rigide. Elle reçoit les stimulations principalement physico-chimiques de l'environnement externe et leur fait écran. Elle est donc *une surface de pare-excitation*. La couche interne est plus mince, plus souple et plus sensible, plutôt comme une fine pellicule à double face, faisant lien entre l'environnement extérieur et le monde interne. Elle reçoit des stimuli et est *une surface d'inscription* de leurs traces majoritairement sensorielles. La fonction pare-excitante est seulement tournée vers l'extérieur et il existe donc une plus grande difficulté à faire face aux stimuli internes comme les pulsions. La différenciation et l'articulation de ces deux enveloppes, l'une pare-excitante, l'autre réceptrice, vont varier selon les personnes et les circonstances.

Chez les personnes souffrant d'addiction, nous pouvons observer qu'il existe un « *surinvestissement de l'excitation mais que l'inscription peine à se faire* » (Constant & Exposito, 2019, p. 317). C'est pourquoi nous pouvons entendre des descriptions d'événements assez sensationnelles, presque théâtrales, mais qui manquent d'affectivité, comme ce que j'ai pu percevoir dans lors de l'entretien de Nicolas. La mise en sens des vécus semble manquer.

2. Les fonctions

Les fonctions du Moi-Peau marquent le parallèle entre les fonctions biologiques de la peau et les fonctions du Moi. D. Anzieu a ainsi retenu huit fonctions : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, inscription des traces, soutien de l'excitation sexuelle et recharge libidinale.

Je vais m'attarder ici sur les six premières fonctions qui à mon sens sont les plus susceptibles d'être défaillantes dans un contexte d'addiction.

Le Moi-Peau maintient le psychisme, comme la peau soutient le squelette et les muscles et comme la mère soutient le corps du bébé par le holding. Le holding est un concept développé par Winnicott (cité par Lefèvre, 2011), il désigne le portage, c'est-à-dire comment le bébé est tenu par la figure maternelle et désigne autant un maintien physique que psychique. L'enfant trouve un support dans l'appui proposé par la mère, notamment au niveau de ses mains, ce qui va lui permettre d'acquérir l'appui interne qu'est sa colonne vertébrale et pouvoir ainsi se maintenir physiquement seul puis accéder à la position assise, debout et à la marche. La verticalité prépare l'expérience d'avoir une vie psychique à soi en se détachant de l'objet-support qu'est la mère. L'affaissement de la posture de Viviane, ses appuis qui me paraissent instables, presque inexistants, me questionnent sur la construction de sa verticalité. Je pose l'hypothèse de son rapport aux produits, qui lui permettent d'adopter une posture plus ou moins tenue mais qui la ramène également à son identité de toxicomane. De même, les relations difficiles qu'entretiennent Viviane et Nicolas avec leurs figures parentales, induisant ruptures et parfois violences, m'interrogent sur leur développement psychomoteur. Winnicott nous dit que le maintien est étroitement lié à l'intégration de l'espace et du temps, la mère donnant des indications spatio-temporelles à son enfant par le portage ritualisé notamment par le moment du coucher et du passage de la veille au sommeil, ce que je lie aux problématiques dans le rapport à la temporalité mais

également aux troubles du sommeil dont souffrent Nicolas et Viviane et bien d'autres usagers rencontrés au CSAPA.

Le Moi-Peau a une fonction de contenance pour le psychisme de la même façon que la peau enveloppe tout le contenu du corps et comme la mère vient contenir le bébé par le handling. Deuxième fonction de Winnicott (cité par A. Lefèvre, 2011) attribuée à la figure maternelle, le handling désigne les soins qu'apporte la figure maternelle à son enfant. La mère vient par ses soins répondre aux demandes psychiques du bébé (la faim, le froid,etc.). La figure maternelle est donc le contenant des sensations, des ressentis, des affects de l'enfant et donne à celui-ci une réponse qui vient les transformer et les élaborer. La défaillance de cette fonction peut induire deux formes d'angoisse. D'abord lors de l'absence complète de réponse satisfaisante aux ressentis, sensations et affects, l'individu peut développer l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, inapaisable. Il me paraît donc évident que Nicolas et Viviane présentent des difficultés à élaborer autour de leurs vécus sensori-moteurs et émotionnels. L'une des solutions pour pallier à ce vécu d'excitation éclatée serait le produit et ses effets sur le corps et dans le cas de Nicolas et Viviane, la consommation de multiples produits qui amènent diverses sensations sur lesquelles ils s'appuient. Cette angoisse amène l'individu à chercher un substitut d'enveloppe dans la douleur et trouver une enveloppe de souffrance. Je me demande alors quel rapport Nicolas entretient avec les nombreuses douleurs qu'il nous décrit. Le second cas de figure est ce que D. Anzieu nomme le Moi-Peau passoire : le contenant existe mais n'est pas continu, il présente des trous et alors peut s'installer l'angoisse d'un intérieur qui se vide, les pensées, les souvenirs fuient. Ici je retrouve la teneur des deux entretiens dans lesquelles les discours ont pu être marqués par des associations d'idées déstructurées, sans limites, incohérentes.

Le Moi-Peau comprend la fonction de pare-excitation comme la peau protège des agressions extérieures. C'est d'abord la mère qui fait office de pare-excitant pour le bébé qui

pourra ensuite assurer cette fonction seul. La défaillance de cette fonction, dans l'excès ou le déficit, peut entraîner divers cas de figures. Le développement d'un Moi-crustacé, que nous pouvons mettre en parallèle avec la seconde peau musculaire décrite par E. Bick, avec une carapace rigide peut servir de pare-excitant mais empêche les autres fonctions du Moi-Peau de se développer. L'individu peut également développer une angoisse de la perte d'objet lorsque le pare-excitant a été tel qu'il n'a pu développer son propre étayage. Selon D. Anzieu (2006), la toxicomanie peut alors servir d'enveloppe pare-excitante de fumée et de brouillard contre les stimulations externes. Je le comprends comme une enveloppe qui enfermerait le consommateur de substances psychoactives dans un bain sensoriel, parant les autres stimulations extérieures provenant de l'environnement mais aussi des autres et impactant la relation.

Le Moi-peau permet l'individuation, le sentiment d'être un être unique. La peau protège l'individu des corps étrangers et se différencie des autres par sa couleur, sa texture, son grain. Elle vient affirmer l'identité de chacun. La toxicomanie marque la peau tant dans sa couleur que dans ses reliefs : je pense ici aux mains gonflées et violacés de Nicolas, aux trous, signes d'injections, que nous pouvons apercevoir dans le cou de Viviane. Lors d'un affaiblissement du sentiment des frontières du Soi, qui peut passer par un affaiblissement des limites de la peau, Freud (1919) décrit l'angoisse de « *l'inquiétante étrangeté* » (cité par D. Anzieu, 2006, p.126) qui menacerait l'individualité. La question de l'identité, de la conscience d'être un être unique et différent des autres, est majeure chez Nicolas comme chez Viviane : pour le premier, cela me semble se traduire par ses questionnements, qui semblent presque le torturer, autour de son orientation sexuelle mais aussi par la perception d'un homme-adolescent que j'ai pu ressentir. Quant à Viviane, elle semble se définir seulement par sa dépendance aux produits.

Le Moi-Peau a la fonction d'intersensorialité : il rassemble les différentes informations sensorielles comme la peau qui accueille dans ses cavités les organes des sens autres que

ceux du toucher. L'enveloppe tactile relie les enveloppes visuelle, sonore, gustative, olfactive. Les défaillances de cette fonction d'interconnexions sensorielles peuvent faire apparaître l'angoisse de morcellement du corps avec un fonctionnement des organes des sens indépendant et anarchique. Le produit viendrait alors redonner cette fonction au corps, notamment lors d'une injection dans la peau, acte qui la troue mais qui permet en même temps de diffuser le produit comme a pu me le dire Nicolas et ainsi faire enveloppe.

Le Moi-Peau remplit la fonction d'inscription des traces sensorielles. La peau fournit des informations sur l'environnement extérieur par les organes des sens tactiles comme le toucher mais aussi la douleur, la température ou bien la sensibilité dermatoptique (réaction des tissus à la lumière). Ces informations sensorielles, recoupées par les autres sens, s'inscrivent sur la peau et dans le corps. Le Moi-Peau inscrit ses traces comme un premier dessin de la réalité dans la peau de l'individu, de manière biologique. C'est aussi une fonction sociale : les traces cutanées marquent l'appartenance à un groupe social, par les incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillage, coiffure mais aussi les vêtements qui font office de double peau. La défaillance de cette fonction peut entraîner l'apparition d'angoisses paradoxales : d'un côté l'angoisse d'être marqué à la surface du corps et du Moi par des inscriptions indélébiles, de l'autre l'angoisse de présenter l'incapacité de fixer ces traces ou que celles-ci s'effacent. La répétition des injections, les multiples couches de vêtements que portent Nicolas et Viviane, pourraient être des tentatives de remplir cette fonction d'inscription.

B. La seconde peau musculaire (E. Bick)

En 1968, avant la parution des travaux de D. Anzieu, E. Bick (cité par Anzieu, 2006) pose l'hypothèse de l'existence d'une seconde peau musculaire. La première peau équivaut au Moi-Peau, objet suffisamment contenant pour les différentes parties du corps et du

psychisme, soit la mère pour le bébé. Si la mère ne peut remplir suffisamment sa fonction contenante, le bébé cherche alors un contenant de substitution dans sa propre musculature. Le tonus est défini par M. Jover (2000) comme « *l'état de légère tension des muscles au repos* ». Trois niveaux de tonus sont distingués (Robert-Ourvay & Servant-Laval, 2010):

- le tonus de fond ou tonus basal qui correspond à cet état des muscles au repos, permanent et involontaire. Il participe à la cohésion de l'ensemble du corps en ayant une qualité de lien entre ses différentes parties. Il constitue alors une enveloppe tonique qui supporte l'enveloppe peau : il est un contenant à l'intérieur même des limites de la peau.

- le tonus postural, activité minimale permettant de maintenir les postures, les mises en formes corporelles, est quant à lui relié aux émotions mais aussi à la construction tonique de l'individu. Au quotidien, le maintien des postures est automatique : je pense alors à la posture de Viviane, qui n'en a pris conscience que lorsque que nous lui avons proposé de s'y intéresser. Le tonus postural a également un rôle de préparateur du mouvement et ainsi son inadaptation a un impact sur sa réalisation.

- le tonus d'action est le support du mouvement dans l'espace et permet ainsi d'interagir avec l'environnement et avec les autres.

La tension musculaire varie entre ces trois niveaux toniques selon les situations et la fonction tonique est efficiente lorsqu'une régulation est possible pour s'adapter à l'environnement. Dans le cas des addictions, en tous cas en ce qui concerne Nicolas et Viviane, il me semble que cette régulation n'est pas toujours possible et qu'ils conservent un tonus assez élevé même lorsqu'il ne me semble pas nécessaire, comme lors des séances de relaxation que nous leur avons proposé.

Un niveau tonique élevé doit nous questionner sur sa fonction de contenance : pour D. Anzieu, cette enveloppe tonique n'est problématique que si elle vient pallier un Moi-Peau particulièrement insuffisant, une première enveloppe trouée, fissurée. La seconde peau vient renforcer la première au même titre que les vêtements viennent s'ajouter aux limites corporelles.

C. L'enveloppe sonore

Les voix, les sons, les respirations qui leur sont propres, particulièrement de Nicolas m'ont fortement interpellée au CSAPA et c'est pourquoi je m'attarde ici sur le concept d'enveloppe sonore que D. Anzieu décrit comme une enveloppe psychique qui se développe parallèlement à l'interface bidimensionnelle du Moi-Peau. Il existe un « *miroir sonore, ou* [une] *peau auditivo-phonique* » (Anzieu, 1995, p.184) qui enveloppe et contient ainsi l'appareil psychique dans sa capacité à signifier et à symboliser. Le bain sonore dans lequel est plongé le bébé par les sons de sa mère (voix parlée et chantée, sons corporels internes comme les gargouillis, etc.) se veut enveloppant et lui permet d'accéder à un volume. D. Anzieu avance ici la métaphore d'une « *caverne* » (1995, p.196) dans lequel apparaît un premier espace psychique où le son marque la qualité de l'objet. Pour Freud, les cris du bébé sont d'abord une décharge motrice de l'excitation interne, à la manière d'un réflexe. Ce n'est qu'ensuite qu'il devient son de communication. Il me semble que Nicolas rejoue la construction de cette enveloppe sonore : je la retrouve dans son rire, tonitruant, qui fait écho à cette notion de décharge mais également dans les variations de sa voix lors de son discours, variations qui tentent de marquer la qualité de ses vécus. Je crois que la musique, qu'il écoute en permanence à l'aide d'écouteurs, vient jouer ce rôle d'enveloppe sonore.

D. La sensorialité

Nous l'avons vu, le bébé se construit en tant que sujet notamment à travers les différentes stimulations sensorielles qu'il reçoit. Ces stimuli sensoriels sont analysés, identifiés et reconnus : c'est la perception. Elle permet de s'adapter à l'environnement et à l'autre en fonction de ces sensations, et ainsi être dans un processus de rencontre avec l'environnement. Les sensations sont mémorisées ce qui permet de s'adapter de plus en plus facilement et rapidement. Chez l'usager de substances psychoactives, les sensations sont amenées à se modifier tout comme leur perception. Dans les années 60, Zuckerman développe le modèle de recherche des sensations pour comprendre notamment la toxicomanie. Il développe quatre facteurs d'évaluation pour la comprendre : la recherche de danger, la recherche d'expériences, la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui (Pedinielli et al, 2019). Cette recherche de sensation serait le point de départ de la rencontre avec le produit, relation non spécifique et non exclusive. Ainsi le produit permettrait d'augmenter les stimulations sensorielles mais nous pourrions chez certains usagers de substances entrevoir plutôt une recherche d'anesthésie.

III. Sémiologie psychomotrice

La sémiologie psychomotrice en addictologie, et ici particulièrement dans le cas de la toxicomanie, est à la fois riche et complexe. Le fonctionnement psychocorporel est altéré à la fois par le processus addictif et le contexte dans lequel il se développe, par les effets des substances consommées et par les traitements de substitution ou les traitements en lien avec certaines comorbidités psychiatriques.

L'atteinte corporelle induite par la prise de substances se retrouve dans plusieurs aspects du fonctionnement psychomoteur de l'individu, quel que soit le produit consommé. A. Constant et C. Exposito ont relevé :

« *- une mauvaise intégration du schéma corporel ;*

- une détérioration du corps par les atteintes organiques liées au mode 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).

Nous pouvons observer chez l'individu addict une atteinte physiologique du corps, de sa représentation et du système sensoriel. Mes observations cliniques m'amènent à ajouter ici une modification du tonus, de la posture, de la motricité globale et de l'organisation spatio-temporelle. Les items psychomoteurs atteints m'ont donné une grille de lecture pour comprendre le fonctionnement psychocorporel des personnes rencontrées tout au long de mon stage. Je tenterai ici de proposer une sémiologie psychomotrice issue de mes observations cliniques mises en lien avec les éléments théoriques. Elle ne saurait rendre compte de toute la singularité de chaque personne présentant une problématique d'addiction toxicomaniaque.

Tonus

Nous retrouvons chez la personne addicte une fonction de régulation tonique défaillante, ne permettant pas de s'adapter à l'environnement et aux autres. Elle a cependant une fonction de contenance, élément important à garder en tête lors de séances de relaxation notamment. Elle vient nous informer sur l'état émotionnel de l'individu et impacte sa posture et sa motricité.

Posture

La posture peut être impactée au niveau de l'axialité, induisant une mise en corps dans un affaissement, un enroulement rigide. Le regard est alors dirigé vers le sol ce qui diminue l'ouverture sur l'environnement et les autres, pouvant alors impacter la relation.

Motricité

Les mouvements, qui s'étayent sur le tonus et la postural, m'apparaissent rigides et lents. Ils sont parfois désorganisés, ce que je mets en lien avec la défaillance du Moi-Peau, enveloppe trouée, discontinue.

Sphère spatio-temporelle

L'espace et le temps sont investis dans un *ici et maintenant* et peinent à se structurer : ils sont inscrits dans la relation à l'objet d'addiction.

Sensorialité

Les stimulations sensorielles sont multipliées ce qui peut créer une focalisation sur ces sensations venant de l'extérieur en mettant ainsi de côté les sensations corporelles propres mais aussi une anesthésie quant à la perception des sensations trop nombreuses et éclatées.

Schéma corporel et image du corps

Le schéma corporel, représentation dans ses dimensions spatiales du corps (André et al, 1996), est impacté, l'individu présentant une enveloppe trouée, il est difficile de construire une juste représentation de son corps. De même, l'image du corps, représentation psycho-affective du corps (André et al, 1996), manque justement de corporéité, le corps n'est pas investi psychiquement, émotionnellement étant sans cesse attaqué ou mis à distance.

PARTIE III : DISCUSSION, LA PSYCHOMOTRICITÉ EN CSAPA

Pour Potel, les axes de travail du psychomotricien sont d' «*aider le patient à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisée*.» (2019, p.360). Dans cette partie, je viens questionner la place de la psychomotricité auprès des personnes rencontrées au CSAPA dans la recherche d'enveloppes, de contenants, de limites afin de permettre cette « mise en pensée du corps ». Je vais m'intéresser au cadre thérapeutique, « *qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (Potel, 2019, p.357) ainsi qu'aux appuis internes, présents dans notre posture et nos propositions individuelles et groupales, qui accompagnent ce travail de contenance.

I. Espace et temps de la rencontre, adaptation du projet de stage

A. Le temps

Le cadre temporel au CSAPA est posé de manière à répondre au mieux aux problématiques rencontrées par les personnes addictes et il tient malgré les tentatives de mise à mal. Temps d'accueil, temps d'élaboration, temps du rendez-vous, le temps m'a paru troué, discontinu, à l'image des limites des usagers. J'ai pu observer une organisation temporelle déstructurée : concernant Nicolas, il arrive à la même heure presque tous les jeudis, entre 9h30 et 10h, sauf les jours où il a eu une nuit agitée, et repart à 11h30 pour se rendre au CMP. Le respect de ces horaires semble important pour lui, il s'excuse lors de ses retards et surveille l'heure régulièrement en nous répétant « je dois partir à 11h30 pour aller au CMP ». Et puis lorsqu'il a un rendez-vous, que ce soit avec nous ou les professionnels, il

est absent. L'absentéisme est très présent au CSAPA, donnant une impression de fuite, de crainte peut-être que nous ne soyons pas là.

Le temps est une notion fondamentale dans la structuration de l'être. Nous vivons dans un temps réel, objectif, qui est le temps de la montre, des jours qui passent, des heures de rendez-vous. La notion de temps est également très subjective, de par la perception que nous en avons, en lien avec nos émotions et notre construction psychocorporelle. La structuration temporelle et l'appréhension de ses trois composantes que sont l'ordre, la durée et la succession, se mettent en place tout au long du développement psychomoteur du jeune enfant ce qui lui permettra adulte d'appréhender avec un moins grand écart le temps réel et le temps vécu. Dans le cas des addictions, le temps s'inscrit dans un *ici et maintenant* : la consommation de substances répond à un besoin compulsif qui cherche une réponse immédiate. Je crois que cette question de l'immédiateté s'est rejouée lors de notre première rencontre avec Viviane, qui a souhaité nous rencontrer dans notre bureau « tout de suite ». Nous nous sommes rendues disponibles pour répondre à cette demande urgente, en étant attentives à ne pas confondre disponibilité et « *précipitation et escamotage du soin* » (Guillermain, 2011/2, p.61). Ainsi nous avons justement *pris le temps* de nous installer dans ce bureau, en cherchant à saisir les enjeux de sa demande.

Le rythme vient structurer le rapport au temps : cela passe d'abord par les rythmes biologiques cardiaques, respiratoires, digestifs, hormonaux, puis par les rythmes externes des saisons, des jours. Le rythme marque l'alternance présence-absence (Scaliom et al, 2011). Dans le cas des conduites toxicomaniaques, il est induit par les consommations : présence et absence du produit, répétition du manque et de l'excès. Cette rythmicité particulière place l'individu souffrant d'addiction dans « *une impossibilité de maîtriser son temps, ou le contraint à vivre son temps comme une espèce de présent perpétuel* » (Hautefeuille, 2011/2, p. 90-91). Olivenstein (cité par Hautefeuille, 2011/2) ajoute qu'il existe une distorsion temporelle des éléments passés, présents et futurs, liée à un temps comme

explosé, qui peut expliquer l'absence lors des rendez-vous ou l'impossibilité de se remémorer une séance passée. Je crois que cette temporalité trouée est à l'image des enveloppes que présentent les personnes addictes.

Nous avons fait le choix de nous inscrire sur le même mode de fonctionnement que celui de l'institution pour nous inscrire dans une temporalité dont les usagers ont connaissance. Notre présence un jour par semaine m'a semblé être difficile dans l'ancrage de notre présence : nous rappelons chaque semaine notre venue le jeudi suivant mais il me semble qu'il existe une grande différence entre le temps réel, les sept jours d'une semaine, et le temps vécu, celui de la précarité, de l'attente des revenus, des consommations, pour toutes les personnes rencontrées. Nicolas a pu nous dire « ça fait longtemps qu'on s'est pas vu » avec une connotation d'éternité lorsque nous étions absentes un jeudi, Viviane nous dire qu'elle ne nous avait jamais vu en séance alors que nous l'avions déjà reçu une fois. Le contexte social avec les grèves des transports de décembre et le contexte sanitaire depuis le mois de mars ont ajouté une rupture temporelle dans nos rencontres et ici le statut de stagiaire, souvent confortable, a été difficile, ne pouvant assurer de téléconsultations par exemple.

B. L'espace

L'espace est une notion indissociable de celle du temps : à l'origine l'espace désignait d'ailleurs un intervalle de temps, l'espace entre deux évènements. La structuration spatiale permet à l'être de s'adapter à son milieu, de se mouvoir, mais concerne également la distance avec l'autre, l'objet et est ainsi le support de la relation. La perception puis l'organisation et la structuration de l'espace part d'abord du corps propre dans le développement psychomoteur de l'enfant : « *parce que nous avons un corps, nous avons un*

espace » (Scaliom et al, 2011, p. 223). La conscience d'avoir un soi unifié, limité, permet l'identification d'un dedans et d'un dehors, l'existence d'un espace extérieur. Ainsi, lorsque l'enveloppe est trouée, discontinue, comme dans le cas de l'addiction, comment la structuration spatiale se développe-t-elle ? Je crois qu'elle peut être alors difficile et qu'il est nécessaire de donner des repères spatiaux stables afin d'accompagner l'individu dans son appréhension de l'espace. Nous gardons également en tête que l'investissement de l'espace est intimement lié au vécu psycho-affectif et peut nous donner des indications précieuses sur l'état psychocorporel de la personne. Ainsi je retrouve la déstructuration qui selon moi caractérise Nicolas dans plusieurs composantes de son fonctionnement dans son investissement de l'espace. D'un côté il peut envahir l'espace du CSAPA par sa voix, ses cris, ses rires mais il s'installe souvent dans les coins, dans la permanence sensorielle, comme pour chercher une certaine contenance. Quant à Viviane, ses déambulations dans l'espace d'accueil, montrant une impossibilité de se poser, me semblent en lien direct avec sa posture et sa démarche instable, comme si elle se situait dans l'espace uniquement dans le mouvement.

L'espace dans lequel sont accueillis les usagers est ouvert, chaleureux et est marqué par la question de l'addiction : discussions autour des produits, affiches de prévention, odeurs de tabac ou d'alcool. Cet espace ouvert dans lequel les mouvements d'entrée et de sortie sont nombreux ne manque pourtant pas de limites. La structuration est solide, et les usagers ont bien identifié les différents espaces, de bavardages, de travail, de soins. Notre espace de permanence sensorielle est un espace dans l'espace, une bulle sensorielle qui intrigue, apaise, fait fuir, en tous cas engendre du mouvement. Elle a pu contenir le rire de Nicolas, ainsi que ses dessins, ses expériences sensorielles, ses émotions et ses confidences. Je pense notamment à une proposition qu'il a pu vivre autour de sa voix : Nicolas est assis sur un des poufs, Florine sur l'autre en face de lui et moi sur une chaise à sa gauche. Il écoute encore une fois de la musique, une chanson d'Amy Whinehouse que nous pouvons entendre malgré ses écouteurs. Il s'adresse soudainement à nous et nous lui

disons alors que nous pouvons l'entendre puisqu'il a ses oreillettes. S'installe alors un jeu avec Florine qui fait mine de parler, sans son. Il lit sur les lèvres, comprend, répète et entre dans le jeu en l'imitant. Cet échange dure quelques instants et par la suite, il est arrivé régulièrement que nous travaillons avec Nicolas autour de sa voix dans cet espace, en passant par le chant et en lui proposant d'explorer les nuances qu'il permet. Je crois qu'ici nous avons pu rencontrer l'enveloppe sonore qu'il déploie et nous l'avons accompagné dans une certaine construction, une conscience de cette voix qui peut être un moyen de communication et plus seulement un moyen de décharge.

Quant à Viviane, elle est venue demander un accueil dans un espace fermé, à l'abri des regards, lors de notre rencontre : « on peut se voir dans le bureau ? ». Les limites de ce bureau, permettant de couper avec le dehors tant au niveau visuel que sonore, ont permis de contenir le discours violent de Viviane, nous déversant son histoire, son mal être, ne trouvant pas de limites dans son propre corps qu'elle dit détester.

C. L'enveloppe institutionnelle

Cet espace-temps est inscrit dans l'institution qui le porte et le colore. D. Houzel développe le concept d' « *enveloppe institutionnelle* » (1992, p.71), en l'étayant sur le concept d'enveloppe familiale qu'il définit comme une « *enveloppe qui entoure les enveloppes psychiques individuelles et qui en même temps est constituée d'une partie de chaque enveloppe individuelle qui ajoute sa contribution au tissage de l'enveloppe familiale en permettant une continuité* » (1992, p.72). Ce lien entre enveloppes institutionnelle et familiale est assez intéressant concernant le CSAPA dont plusieurs usagers le considèrent comme une nouvelle famille, avec un lien, certes parsemé de ruptures, qui dure pour certains comme Nicolas et Viviane depuis plus de vingt ans. Selon D. Houzel, un contenant est un espace stable qui reçoit des processus dynamiques qui viennent le déformer,

processus sur lesquels il serait prétentieux de s'accorder la maîtrise. Pour que l'enveloppe institutionnelle reste continue, elle doit être étanche, perméable, consistante et élastique (D. Houzel, 1992, p.74-75) : c'est par une souplesse stable que le CSAPA, par les professionnels et durant quelques mois Florine et moi, vient résonner comme un point de repères pour les usagers, en réponse à l'instabilité qu'ils expérimentent à l'extérieur. Ainsi, l'institution par son équipe, son cadre spatio-temporel, ses soins, accueille les usagers qui viennent perturber son équilibre, venant chercher ses limites et en même temps s'appuient sur l'enveloppe qu'elle propose : j'ai perçu, parallèlement à des mouvements désorganisateurs, un certain équilibre, un certain ordre. Nicolas vient souvent à la même heure, est assis au même endroit, tout comme Ivan et Gaspard, deux usagers qui sont presque toujours les premiers présents à l'accueil.

II. Les enjeux de la rencontre

A. Stagiaires, futures psychomotriciennes : engagement psychocorporel et fonction contenante

En débutant notre stage nous avons dû prendre place dans un espace-temps inconnu, ne nous appartenant pas, lieu dans lequel la psychomotricité a été de passage pour quelques mois seulement. Comment nous positionner ? Comment nous présenter ? Sommes-nous stagiaires ou futures psychomotriciennes ? Nous avons dû très vite trouver des appuis solides pour être réellement présentes, disponibles et non hésitantes dans la rencontre avec les différentes personnes, usagers ou professionnels. C. Potel nous dit que dans sa pratique et sa réflexion, le psychomotricien « *intègre son propre corps, son propre investissement spatial, ses propres mouvements, sa propre tonicité, ses propres ressentis et éprouvés corporels* » (2019, p.359). Nous nous sommes engagées d'abord par la permanence sensorielle en marquant un espace, en amenant des éléments propres à notre

volonté de proposer une exploration sensorielle. Il a été le point de départ de nombreuses rencontres, de mouvements, de curiosité, de demandes. Nous répondons aux questions, sur la nature de notre présence non seulement par des mots mais aussi à travers l'expérimentation des différents objets à notre disposition. Selon C. Potel, le psychomotricien vient contenir le patient dans sa globalité, par son propre corps, par ses mots, et nous avons un rôle d'élaboration pour accompagner le patient vers une mise en pensée du corps.

Dès l'instant où nous expliquons ce qu'est la pratique de la psychomotricité, que nous définissons comme un travail de lien entre un mal être interne et les manifestations corporelles qui y sont liées et vice-versa par des pratiques corporelles, le corps et ses composantes viennent au premier plan du discours : chez Nicolas qui a pu nous parler de ses douleurs, Viviane de son rapport à un corps qu'elle ne veut plus que l'on touche, chez d'autres encore la difficulté à se détendre. Nous avons pu proposer une écoute et des mots qui tentent de comprendre leurs maux ainsi que des expériences sensorielles différentes qui ont pu être source de souvenirs ou de découvertes. Le diapason, objet intrigant qui crée des vibrations, a entraîné de nombreuses questions et nous proposions alors de l'essayer à différents endroits et de changer l'intensité de la vibration pour chercher les nuances : sur le dos et le torse qui permettent de sentir le volume de la cage thoracique mais aussi le devant-derrière, sur les os apparents au niveau des articulations, et parfois les usagers eux-mêmes explorent d'autres zones comme le crâne. Un usager l'a approché de son oreille pour écouter le son et nous a dit que cette sensation lui faisait penser à la sensation juste après avoir consommé de la cocaïne. Nous avons pu alors échanger autour des sensations du produit, des différences et l'accompagner pour affiner sa perception. Il en va de même pour la balle à picots et les deux balles de massage, une dure et une molle, qui roulent sur les différentes parties du corps. Nous questionnons ensuite ces expériences sensorielles pour effectuer un travail de conscience corporelle et éveiller le corps : avec Nicolas nous avons régulièrement travailler sur la question de la douleur et de l'agréable, et il a pu nous dire que les vibrations dans le dos « ça [le] rend zen ». Nous lui avons proposé également de

travailler sur l'espace du corps : quelle partie bouge quand il sert la balle dans la main ? Jusqu'où sent-il la vibration ? Est ce concentré à l'endroit où nous posons le diapason ou la vibration se diffuse-t-elle ? La difficulté a été de se positionner en tant que futures thérapeutes et de ne pas tomber dans de simples bavardages. Ces questionnements que nous leur proposons, je crois toujours avec bienveillance et douceur, parfois humour, ont permis de placer le corps au centre du discours en dehors des consommations mais aussi de travailler autour de la relation, dans un engagement corporel réciproque.

Je me suis beaucoup questionnée sur la portée thérapeutique de notre présence et de ces échanges, qui n'ont pas eu lieu dans une salle de psychomotricité fermée, ni sur une heure de rendez-vous fixée. Je crois que les enjeux de ces échanges se sont bien inscrits dans un cadre spécifique à la psychomotricité et qu'ils ont été au moins les prémices d'un travail thérapeutique, notamment dans l'installation d'un contenant à des vécus psychocorporels. A. Cicconne nous dit que « *ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue* » (2001/2, p.81) et à mon sens nous avons su proposé cet espace. Pour Nicolas, cela s'est joué dans les propositions autour de sa voix mais également autour de ses mains : assis tous deux dans la permanence sensorielle, Florine lui propose de travailler avec la balle à picot, qu'il tient souvent machinalement dans ses mains. Elle lui propose alors de faire rouler cette balle sur son bras droit, de la main jusqu'au coude. Je suis un peu à l'extérieur de l'espace et observe cette scène étonnée : je vois Nicolas réellement présent à cette expérience, il me semble attentif, concentré, non seulement sur la main de Florine qui passe la balle mais aussi sur l'autre qui supporte son bras. Il me paraît assez détendu et conserve une posture adaptée, ni avachie ni rigide. Après le passage de la balle, Florine lui propose de fermer les yeux pour se concentrer sur les sensations. Elle n'ajoute rien de plus et après un instant, Nicolas lui dit qu'il sent son bras droit plus lourd et plus chaud que le gauche. Cette verbalisation me semble marquer le passage d'une perception, d'une sensation à une véritable élaboration psychocorporelle, autour de la sensorialité et des

limites du corps qu'il a pu ressentir dans leurs dimensions de poids et de régulation thermique. Je crois qu'ici il nous a également signifié l'évolution de son rapport à l'approche psychomotrice, qu'il associait jusqu'alors à des exercices ou à de la détente.

B. Les propositions individuelles : relaxation et toucher

Lors des séances individuelles avec Nicolas et Viviane, nous avons choisi de travailler à travers la relaxation et le toucher afin de leur apporter une enveloppe, un contenant, dans la relation à l'autre, en marquant les limites du corps. Ces deux médiations, par leur fonction contenante, viennent répondre à leurs problématiques de limites fragiles, marquées par la porosité et la discontinuité.

1. Le toucher

Le tact est l'un des premiers sens à se mettre en place et est fondamental dans le développement psychomoteur de l'enfant. L'enveloppe tactile, le Moi-Peau décrit par Anzieu, est une « *zone protectrice, d'échanges, de contacts ; reçoit des informations et les transmet ; aide à la structuration harmonieuse de l'individu (enveloppe)* » (Scaliom et al, 2011, p.92). Le bébé s'ajuste aux caresses et au porter de sa mère qui étaye le développement de ses capacités psychomotrices. Les stimulations tactiles viennent inscrire des traces sur le corps qu'il garde en mémoire.

Le toucher a été un moyen de rencontre dans la relation avec Viviane. Lors de notre entretien, lorsque nous lui demandons la façon dont elle vit son corps, sa réponse est immédiate : « *j'aime pas mon corps. j'ai pas de libido, j'avais des rapports sexuels pour l'argent. Je ne veux pas qu'on me touche, je ne veux pas que les mecs s'occupent de moi».* Nous lui demandons ensuite si elle peut nous parler d'expériences corporelles positives. Elle

réfléchit, est hésitante : « *Prendre un bain c'est positif. Les massages aussi. Mais moi c'est pas des massages sur tout le corps, aux pieds, je m'endors carrément ou alors je me mets à pleurer parce que je relâche tout. ».* Cet échange met en évidence l'intention du toucher, fondamentale dans la relation thérapeutique. Le toucher est un sujet encore assez tabou et peut engendrer des craintes chez les soignants : crainte de fusion, de confusion, d'érotisation (B. Lesage, 2012, p.243). Toute la question est que touchons-nous ? Et comment ? Selon B. Lesage, le corps est le soubassement de la vie affective, des émotions, de l'imaginaire, de la création, de la communication, de l'insertion sociale, de la spatialité ou de la temporalité et est ainsi un « *corps-écrin* » (2009, p. 29). Nous ne touchons donc pas seulement un corps au sens instrumental mais nous touchons véritablement la personne dans son entièreté à travers son corps : toucher par le contact des mains mais aussi toucher émotionnellement, comme Viviane qui a pu « tout lâcher » lors de massages. Le toucher soutient l'intégration corporelle dans ses dimensions structurelles, psychiques et affectives, en proposant au patient de contacter ses limites, en lien avec l'enveloppe-peau mais aussi l'enveloppe musculaire, ainsi que les zones moins investies. Il vient accompagner l'individu dans sa connaissance du corps, à travers une relation et une intentionnalité. Il est marqué également par une dimension temporelle : « *le corps contacté, tant par le thérapeute que par le patient, est un* ici et maintenant *qui cristallise une histoire et porte des traces* » (Lesage, 2012, p.250). Le toucher, dont l'étymologie latine *toccare* signifie impact, peut impulser un mouvement, vers soi et vers l'autre, qui doit être intégré dans la relation et non simplement compris comme une question de force musculaire. Lors des contacts que je propose à Viviane, je cherche à entraîner des mouvements internes : que sent-elle lorsque je pose mes mains sur ses jambes, ses mains, sa tête ? Quel dialogue s'installe dans ce contact entre elle et moi ? Le toucher peut ouvrir un espace de parole, non pas pour « *remplir un vide de sensation* » (Lesage, 2012, p.250) mais pour accompagner la personne dans la prise de contact avec son corps.

Le toucher, par son approche de l'individualité du patient, doit être utilisé dans un cadre, il ne peut s'effectuer sans avoir conscience de sa portée. Nous devons prendre en compte le cadre externe, celui des règles thérapeutiques de la profession de soignant, celui de l'institution. C'est pour cela qu'il nous a semblé essentiel de présenter notre travail à l'équipe par une pratique, leur proposant alors de vivre l'expérience du toucher tel que nous le proposons afin que les professionnels qui ont à charge les personnes que nous rencontrons comprennent notre démarche. Nous devons également être bien conscientes de notre cadre interne, en étant au clair avec l'intention de ce toucher, nos propres ressentis et vécus, que nous ne pouvons cacher dans cette relation touchant-touché. Nous devons alors manier le toucher avec précaution, en ayant conscience qu'il est à la fois pourvoyeur de sensations mais qu'il peut également venir perturber un ordre pathologique établi : la mise à distance du corps vient tenir l'individu qui lutte contre l'effondrement. C'est pourquoi nous avons, je pense, été très attentives au vécu psychocorporel de Viviane à propos de ses expériences du toucher qui ont pu être traumatisantes lors de pratiques prostitutionnelles et l'avons gardé en tête dans notre approche par le contact.

2. La relaxation

La relaxation nous est apparue comme une médiation pertinente pour Nicolas comme pour Viviane : outre une proposition d'abaissement du tonus, de détente musculaire, nous voulions leur proposer une recherche d'apaisement des mouvements, pour Nicolas parlant sans cesse, en boucle, pour Viviane déambulant comme perdue et épuisée. Le tonus, support des émotions, en s'abaissant d'abord par cette position allongée, peut modifier complètement l'état psychocorporel de Nicolas et Viviane et c'est avec des inductions verbales et tactiles que nous tentons de donner sens à ces variations. Nous avons également en tête les enjeux autour de la perception des limites. L'abaissement tonique peut venir perturber l'enveloppe musculaire nécessaire à l'équilibre psychocorporel des

personnes addictes et nous cherchons donc à contenir autrement par notre étayage avec des enveloppes sonore et tactile.

C. Potel (2006) décrit les enjeux de la relaxation qu'elle aborde dans son travail auprès d'adolescents. Je pense que les éléments qu'elle présente concernent également un public adulte et je les retrouve particulièrement dans notre travail avec Nicolas et Viviane. La relaxation est proposée comme une expérience de construction, afin de se réapproprier la connaissance de son corps, structurellement et affectivement. Je crois que cela passe d'abord par la construction d'une enveloppe à travers les limites du corps. Elle est également un dispositif thérapeutique engageant le corps et la parole, accompagnant le patient dans la symbolisation de ses sensations, ses ressentis, ses éprouvés en émotions, affects, conflits à travers la relation avec le thérapeute. C. Potel décrit cinq temps dans la relaxation : l'installation, les inductions verbales et corporelles, le temps du silence, la reprise et la verbalisation. Pour Nicolas comme pour Viviane, le temps d'installation a été très court, presque inexistant tant la mise au sol a été soudaine : je retrouve ici la recherche d'une réponse dans l'immédiateté et la mise à distance des sensations. Lors du temps d'inductions verbales et corporelles, nous donnons des indications autour des différents systèmes du corps : le squelette qui supporte, la peau qui limite, les muscles qui contiennent, les organes qui fournissent l'énergie, les membranes qui lient et fluidifient (Giromini, 2012). Je m'appuie également sur les différents éléments de l'environnement comme pour Viviane à qui je propose de prendre appui sur le mur. Les inductions verbales sont soutenues par le contact de mes mains, sur les parties du corps que je décris. Avec Nicolas et Viviane, nous avons laissé peu de temps de silence et lorsqu'il dure, il est évité avec des verbalisations, comme s'il était trop difficile de rester seul face à ce vide. Nous avons pu observer deux types de reprise : pour Nicolas, elle a été soudaine, avant la fin de la séance, avec un sentiment d'urgence de reprendre possession de ses moyens, de retrouver sa posture et l'espace extérieur. Je pense qu'il n'a pu trouver un contenant assez solide pour accueillir les sensations qui ont pu le traverser et que cette mise au sol et l'abaissement du tonus qu'elle

induit, ajouté au fait qu'il ait retiré son manteau, ont été trop désorganisateurs, retirant cette seconde peau, cette enveloppe musculaire qui lui apporte un équilibre. Pour Viviane, endormie, la reprise a dû être soutenue par nos indications. Concernant la verbalisation, nous avons observé une évolution et je pense donc une certaine intégration de son vécu : durant la première séance, elle n'a pas pu élaborer autour de ses sensations, son discours semblait plaqué, la seconde fois, elle a pu faire un lien entre les appuis au mur et la sécurité qu'elle dit avoir ressenti.

C. Les propositions groupales : le magazine collaboratif et la permanence sensorielle

Nous avons véritablement rencontré un groupe présentant un « *esprit de corps* » (Bertin, 2010, p.36) avec des signes d'appartenance plus ou moins présents selon les membres mais surtout avec un rituel bien marqué : lorsqu'un usager entre dans le CSAPA, il salue chacun par une poignée de mains et s'inscrit ensuite sur la feuille des entretiens avec le médecin. Il attend son tour d'abord en se servant une boisson chaude, en bavardant, en s'asseyant, en fumant une cigarette à l'extérieur. L'atmosphère, la qualité, la couleur du groupe semblent bien ancrées et ne pas être trop bousculées par les différents mouvements d'aller et venu, d'éclats de voix. Certains usagers, comme Nicolas, viennent tous les jeudis à la même heure, comme un rendez-vous, alors que l'absentéisme à des rendez-vous effectivement prévus est régulier. Je pose l'hypothèse que ce groupe, dont le cadre est celui d'un accueil libre inconditionnel, vient contenir ses membres. C'est à ce groupe que je crois thérapeutique, non conventionnel je l'admets, que nous proposons un espace-temps particulier dans l'espace-temps général, celui de la permanence sensorielle. Elle constitue le terrain de jeu du groupe. Ici le jeu réside dans les expériences sensori-motrices pourront faire transition entre soi et les autres : « *C'est au travers des échanges qui naissent dans le*

jeu commun, partagé, que le travail thérapeutique va se faire » (Potel, 2019, p. 417). Nous avons observé de nombreux échanges comme Nicolas montrant l'utilisation du diapason à un autre usager, ce qui a engendré une discussion autour des endroits agréables ou non pour l'un et l'autre. La structuration de l'espace induit la visibilité de cet espace et certains usagers, comme Patrick, qui montrent une certaine opposition à un travail corporel, sont intervenus en tant que membres du groupe, en réagissant par exemple aux postures adoptées dans les poufs. Ces réactions me semblent témoigner de la résonance que l'autre a pu enclencher par ses expériences sensori-motrices. Ce miroir est au cœur du travail groupal qui est « *un théâtre d'expression qui permet des jeux identificatoires très variés* » (Potel, 2019, p. 418).

La mise en place du magazine collaboratif, que nous pensons comme une médiation à part entière, est venue renforcer ce corps groupal. Nous nous engageons dans le choix de la médiation qui vient faire lien entre les membres du groupe : ici la création d'une œuvre commune lie directement entre elles les productions de chacun. L'objet médiateur, ici les collages, dessins, textes, a un rôle de différenciation entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre. Il permet également la représentation : il fait trace des sensations qui au départ ne sont pas inscrits dans un vécu psychocorporel (Giromini, 2012). C'est l'accordage entre les différentes représentations des uns et des autres qui va permettre à l'individu de s'approprier la médiation afin de la vivre pleinement.

Nous avons accompagné plusieurs usagers dans la création de collages, de dessins, écriture de textes en proposant des thèmes qui parlent directement du corps comme écrin. Le premier thème était « Détente - soulagement », deux mots que nous avons beaucoup entendu de la part des usagers mais aussi de l'équipe pour décrire leurs représentations de la psychomotricité. Vaste thème, libre et inconditionnel, à l'image du cadre. J'avais en tête la fibre artistique que présentent plusieurs usagers du CSAPA, comme Nicolas dont les dessins sont très élaborés avec des traits fins et détaillés mais j'ai tout de même été surprise de

l’implication de certains, qui jusque là ne s’étaient pas investis dans nos différentes propositions. Je crois que le passage par une médiation groupale a résonné et a engendré un mouvement chez plusieurs usagers. Pour Nicolas, ce mouvement a dû être accompagné de manière assez directive, en lui donnant une tâche précise comme la découpe de lettres, ou en faisant le lien entre le thème de détente et l’histoire de cet enfant qui rit et qui l’apaise.

CONCLUSION

Ce stage expérimental en CSAPA nous a permis de comprendre la place que la psychomotricité pourrait avoir auprès de personnes souffrant d'addiction. Nous avons dû nous inscrire au sein d'une institution, en nous intégrant dans son équipe et son cadre. C'est à travers nos échanges avec les professionnels, notre travail d'observation, notre posture et les dispositifs mis en place que nous avons pu trouver notre place et notre rôle en lien avec l'équipe et les besoins des patients. La pratique psychomotrice que nous avons voulu mettre en place a été l'objet de nombreux questionnements : j'ai dû me détacher de mes attentes et cela m'a amené à réfléchir autour de l'essence même de notre profession pour laquelle l'adaptation est une notion absolument nécessaire.

J'ai rencontré des personnes, comme Nicolas et Viviane, qui m'ont confié une partie de leurs vécus psychocorporels marqués par des souffrances et des ruptures. Ces rencontres n'ont pas été seulement un lien autour de problématiques addictives mais bien autour de toute leur singularité qui m'a profondément touchée. Je pense avoir su me rendre disponible pour accueillir leurs vécus et pour les accompagner dans la recherche de contact avec leur corporéité, dans la relation à l'environnement et aux autres et non plus dans une relation exclusive avec les produits. Cette disponibilité et cette écoute sont à enrichir tout au long de mes rencontres en tant que psychomotricienne, en les étayant de réflexions et de remises en question.

A mon sens, la psychomotricité, inscrite dans un travail pluridisciplinaire, les a accompagnés dans la constitution d'une enveloppe contenante, par le lien que nous avons créé avec eux et les expériences psychocorporelles liées à leur sensorialité que nous leur avons proposé. Je crois qu'ils se sont saisis de cette rencontre et de ces propositions qui je l'espère laisseront des traces.

Cet écrit ne rend compte que d'une ébauche de réflexions autour de la thérapie psychomotrice en CSAPA qui je crois y trouve toute sa place et mérite d'y être développée pour accompagner ces personnes qui ont un grand besoin d'être accompagnées.

BIBLIOGRAPHIE

André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps & psychiatrie*. Heures de France.

Anzieu, D. (2006). *Le Moi-Peau*. Dunod.

Bertin, C. (2010). Corps en groupe – corps groupal… Une lecture psychomotrice du groupe à médiation corporelle. *Thérapie psychomotrice,163*, 36-43.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81-102. doi:10.3917/cpc.017.0081.

Collège national des universitaires en psychiatrie & Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (2014). *Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie.* Presses universitaires François-Rabelais.

Constant, A., & Exposito, C. (2019). La question des addictions et l'approche psychomotrice. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dirs.). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 311-325). Dunod.

Deboves, P. (2015). Les neuroleptiques : une réponse à l'angoisse... de l'institution ?. *Cliniques*, 9(1), 150-164. doi:10.3917/clini.009.0150.

Guillermain, Y. (2011). Addictions et temporalité le temps du soin : maintenant ou jamais !. *Psychotropes*, vol. 17(2), 55-63. doi:10.3917/psyt.172.0055.

Hautefeuille, M. (2011). Hyperactivité, addictions et perspectives thérapeutiques. *Psychotropes*, vol. 17(2), 89-97. doi:10.3917/psyt.172.0089.

Houzel, D. (1992). Peut-on parler d'enveloppe institutionnelle ? Dans Bléandonu, G. (dir.). *Filiations et Affiliations.* (pp. 71-78). Césura Lyon.

Jacques, J. & Figiel, C. (2006). *Drogues et substitution: Traitements et prise en charge du sujet*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.jacqu.2006.01.

Le Robert. (s. d.). Enveloppe. Dans *Le Robert Dico en ligne.* Consulté le 15 avril 2020 sur : https://dictionnaire.lerobert.com/definition/enveloppe

Lefèvre, A. (2011). *100 % Winnicott*. Eyrolles.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation*. ERES. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01.

Lesage, B. (2009). *La danse dans le processus thérapeutique: Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. ERES. doi:10.3917/eres.lesag.2009.01.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(2), 511-527. doi:10.3917/rfp.682.0511.

Morel, A., Couteron, J. & Fouilland, P. (2015). *Addictologie: En 49 notions*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.morel.2015.01.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., & Bertagne, P. (2019). *Psychopathologie des addictions*. PUF.

Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.potel.2006.01.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel: Une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.potel.2015.01.

Potel-Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*. ERES. doi:10.3917/eres.potel.2019.01.

Scaliom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité.* Solal.

SITOGRAPHIE

Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf

RÉSUMÉ

Comment la psychomotricité peut-elle accompagner la personne souffrant d'addiction ? Voici le questionnement auquel cet écrit propose de répondre. Il est né de ma rencontre avec Nicolas et Viviane, deux usagers de substances psychoactives, accueillis dans le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie dans lequel Florine et moi avons effectué un stage expérimental. Il a été un bouleversement dans notre pratique psychomotrice et a contribué à la construction de notre identité professionnelle. Nous avons été confrontées à des vécus marqués par les ruptures qui entrent en résonance avec des limites psychocorporelles mises à mal. Nous avons alors tenté d'accompagner au mieux ces personnes marginalisées, en cherchant une adaptation toujours plus juste pour leur permettre de trouver une enveloppe qui contient leur façon d'être au monde.

Mots-clés : Addiction – Psychomotricité – Rencontre – Sensorialité – Enveloppe.

How can psychomotor therapy support the person suffering from addiction? Here is the question that this paper proposes to answer. The idea It was born from my meeting with Nicolas and Viviane, two users of psychoactive substances, who were welcomed in the Centre for Care and Addictology Prevention where Florine and I performed an experimental internship. It brought a meaningful change in our psychomotor practice and contributed to the construction of our professional identity. We were confronted with experiences affected by ruptures that resonate with psycho-corporal limits that have been undermined. We tried to assist these marginalized people as well as possible, by seeking an ever more fitting adaptation to enable them to find an psychic envelope that contains their way of being in the world.

Key-words : Addiction – Psychomotor - Meeting – Sensory – Envelope.