



HAL
open science

Cigarette et Psychomotricité: l'intérêt de l'approche psychomotrice dans l'accompagnement des fumeurs en psychiatrie.

Emma Font

► **To cite this version:**

Emma Font. Cigarette et Psychomotricité: l'intérêt de l'approche psychomotrice dans l'accompagnement des fumeurs en psychiatrie.. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293933

HAL Id: dumas-03293933

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293933>

Submitted on 21 Jul 2021

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 Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Cigarette et Psychomotricité

L'intérêt de l'approche psychomotrice dans l'accompagnement
des fumeurs en psychiatrie.

Mémoire présenté par Emma FONT

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Céline BARBEREAU

Session de Juin 2021

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie les résidents de la MAS pour leur confiance et leur investissement dans ce projet. Ils lui ont donné sa couleur. Je remercie également l'ensemble de l'équipe de la MAS pour son accueil et sa bienveillance.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma tutrice de mémoire, Céline Barbereau, qui m'a soutenue et aiguillée avec patience et douceur tout au long de l'élaboration de ce projet.

Je remercie également mes maîtres de stage, notamment Delphine, Ségolène et Nadine, pour avoir su me partager un peu de leur expérience et pour m'avoir accompagné et conseillé ces deux dernières années.

Je tiens à remercier également ma famille et mon compagnon pour leur soutien sans faille, leur intérêt pour mon travail, leurs relectures et leur aide en tout genre. Ils ont su enrichir ma réflexion et mon projet.

Je remercie aussi mes amis notamment Elodie, Héroïse et Léon, et toutes les personnes qui m'ont aidé et ont participé de près ou de loin à la construction de mon mémoire.

Enfin, je remercie l'équipe pédagogique et la direction de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière pour la qualité de leur enseignement et leur implication durant cette année particulière.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I Quelle est la place de la cigarette et de la psychomotricité à la MAS, auprès de sujets souffrants de troubles mentaux ?.....	8
1 Cigarette et tabagisme : fonctionnement et dépendance	8
1.1 Qu'est-ce qu'une addiction ?.....	8
1.2 Le tabagisme et la cigarette	10
1.3 Comment le tabagisme se met-il en place ?	11
1.4 Tabagisme en France	14
1.5 Qu'en est-il pour le tabac au niveau législatif, sanitaire et social ?	14
2 La MAS : présentation et fonctionnement	17
2.1 Définition et présentation de la MAS	17
2.2 Repères institutionnels.....	18
2.3 Le Pôle Santé Mentale.....	19
2.3.1 Les Troubles de la Santé Mentale.....	19
2.3.2 Fonctionnement du pôle et résidents	22
3 Place de la cigarette	23
3.1 Place de la cigarette dans la population psychiatrique (en général)	23
3.2 Place de la cigarette à la MAS	23
3.3 Caractéristiques spécifiques de la distribution à la MAS	24
4 Place de la psychomotricité dans cette structure ?.....	26
4.1 Poste en psychomotricité.....	26
4.2 Organisation Spatio-temporelle et cadre des prises en soins en psychomotricité	26
4.3 Organisation spatio-temporelle durant mon stage.....	28
4.4 Echanges informels avec la psychomotricienne.....	28
II Clinique psychomotrice autour de la cigarette	30
1 Items psychomoteurs et observations informelles.....	30
1.1 Tonus	31
1.1.1 Définitions du tonus	31
1.1.2 Observations du tonus et de la dimension relationnelle au moment de la cigarette.....	33
1.2 Motricité globale et fine	34
1.2.1 Définitions de la motricité globale et fine	34
1.2.2 Observations de la motricité au moment de la cigarette.....	35

1.3	Espace et temps	36
1.3.1	Définitions de l'espace et du temps.....	36
1.3.2	Observations de l'investissement et de l'organisation spatio-temporel au moment de la cigarette	38
1.4	Représentations corporelles	39
1.4.1	Définitions des représentations corporelles.....	39
1.4.2	Observations de l'expression des représentations corporelles au moment de la cigarette	40
2	Cas cliniques	43
2.1	Damien Lemont	45
2.1.1	Présentation du patient et du contexte familial	45
2.1.2	Anamnèse médicale et hospitalisations	46
2.1.3	Histoire de l'addiction.....	47
2.1.4	Première rencontre et bilan.....	48
2.1.5	Travail en psychomotricité	50
2.2	Marianna Monet.....	56
2.2.1	Présentation de la patiente et du contexte familial	56
2.2.2	Anamnèse médicale et hospitalisations	58
2.2.3	Histoire de l'addiction.....	58
2.2.4	Première rencontre et bilan.....	59
2.2.5	Travail en psychomotricité	60
III	Discussion autour de l'approche psychomotrice auprès des résidents fumeurs à la MAS	67
1	Point de vue des professionnels de la MAS	67
2	Echanges et approche(s) proposés aux résidents	72
2.1	Retours des résidents	72
2.2	Perspective d'autonomisation des résidents	75
3	Discussion générale.....	76
3.1	Méthodologie et forme du mémoire.....	76
3.2	Approche holistique en psychomotricité	77
3.3	Intérêt de l'approche psychomotrice	80
	CONCLUSION.....	82
	BIBLIOGRAPHIE	85
	ANNEXES.....	I

INTRODUCTION

Lors de mon premier stage en psychiatrie adulte j'ai été marqué par l'importance de la cigarette dans le quotidien des patients. Sa place me semblait démesurée par rapport aux autres activités ou temps de la journée. La cigarette était tellement ancrée dans les habitudes des patients et soignants que plus personne n'y prêtait attention. Elle faisait partie du décor, se confondait avec les murs du service.

A cette époque, je faisais un stage d'observation dans un service hospitalier qui ne comptait pas de psychomotricien. Bien qu'en deuxième année de psychomotricité je commençais déjà à formuler des hypothèses sur les raisons de l'importance laissée à cette addiction. Pour moi la dépendance seule ne l'expliquait pas.

Plus tard, j'ai réalisé un second stage dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) qui accueille, entre autres, des résidents présentant des pathologies psychiatriques. J'ai pu constater que dans cette structure le tabagisme était également très présent. Selon Toubiana (2015) *"[l]a dépendance au tabac représente une comorbidité très forte avec les troubles addictifs, mais aussi avec d'autres maladies psychiatriques."*¹

Pourquoi cette drogue est-elle autorisée alors que d'autres, comme l'alcool pourtant légal, ne le sont pas ? Quel manque le tabac comble-t-il pour être aussi présent dans ce type de structure ?

Ces réflexions m'ont amenée à m'interroger sur les effets du tabac sur l'état psycho-corporel des fumeurs en psychiatrie. Pour cela, j'ai décidé de refaire un stage à la MAS afin d'y suivre des résidents autour de leur consommation de tabac et objectiver ou non des modifications de leur psychomotricité. J'ai ainsi constaté des variations dans leur posture, leur motricité ou leur dynamique relationnelle selon leur état de manque. Je me suis alors demandé si une approche psychomotrice qui porterait sur le tabagisme de ces personnes pourrait-être pertinente.

¹ Toubiana, 2015, p. 386

Ces constats ont fait émerger la problématique suivante : Qu'est-ce que les résidents de la MAS recherchent par le biais de la cigarette que des soins psychomoteurs pourraient leur apporter ?

Pour répondre à cette question, je me suis appuyée sur des temps d'observations, des entretiens et des questionnaires proposés à certains résidents et soignants de la MAS. J'ai également été amenée à rencontrer régulièrement certains résidents avec qui une prise en soins psychomoteurs autour de leur tabagisme a pu être amorcée.

Après avoir introduit et défini en quoi consiste le tabagisme et la psychiatrie adulte, je présenterai la place occupée par la cigarette à la MAS et l'organisation des soins en psychomotricité dans l'établissement. Dans un second temps je développerai les observations cliniques et les prises en soins que j'ai pu réaliser en m'appuyant sur les items psychomoteurs. Je terminerai cet écrit par une discussion sur mon projet étayé par le regard des autres professionnels de la MAS et de certains résidents.

I Quelle est la place de la cigarette et de la psychomotricité à la MAS, auprès de sujets souffrants de troubles mentaux ?

1 Cigarette et tabagisme : fonctionnement et dépendance

1.1 Qu'est-ce qu'une addiction ?

Le tabagisme est avant tout une addiction. Je vais donc vous présenter en quoi cela consiste avant de me focaliser sur le tabagisme et la cigarette. Pour cela je partirai de la définition de l'addiction de l'Inserm².

“Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. Les chercheurs tentent de mieux décrire les mécanismes impliqués dans l'apparition, le maintien et les rechutes des addictions. Ils essaient aussi d'en identifier les facteurs de vulnérabilité individuels, sociétaux et environnementaux, pour permettre une meilleure prévention et prise en charge.”

“L'addiction est une pathologie qui repose sur la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux...) qui conduit à :

- *une perte de contrôle du niveau de consommation/pratique*
- *une modification de l'équilibre émotionnel*
- *des troubles d'ordre médical*
- *des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale “*

Cette définition souligne l'importance du contexte dans lequel apparaît une addiction. Il n'existe pas une cause unique et connue qui expliquerait pourquoi certaines personnes développent une addiction à telle ou telle drogue et d'autres pas. Cependant, on sait maintenant qu'il existe des facteurs individuels (génétiques, familiaux, etc.) et sociaux (influence du groupe de pairs, etc.) qui influencent la mise

² Inserm, 2020

en place des addictions. Pour le psychiatre C. Olievenstein, une addiction correspond à *“la rencontre singulière entre une personne et un produit à un moment socio-culturel donné”*³. Comme nous le verrons plus tard, l’histoire personnelle des résidents que j’ai suivis illustre bien cet aspect.

Cette définition insiste aussi sur l’expression pathologique de l’addiction dont les perturbations se retrouvent dans toutes les dimensions et espaces de vie de la personne, au niveau somatique, psychique, relationnel et comportemental.

La dépendance générée par les drogues s’explique pour une part par les effets qu’elles produisent sur le cerveau. Différentes expériences ont été menées et ont permis de conclure que *“toutes les drogues partageaient la propriété d’entraîner l’augmentation de la libération de dopamine⁴ dans le noyau accumbens⁵”*⁶. Les drogues agissent donc directement sur le circuit de la récompense.

D’un point de vue plus psychomoteur, il est intéressant de revenir à l’étymologie du mot addiction. *“Le terme d’addiction, qui s’est progressivement substitué à celui de toxicomanies, est d’étymologie latine, ad-dicere « dire à », et exprime une appartenance en terme d’esclavage.”*⁷. Dans *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*, A. Constant et C. Exposito vont plus loin en exprimant que l’addiction *“renvoie au terme de droit romain de “contrainte par le corps””*⁸. La personne addictive

³ Vachez-Gatecel, & Valentin-Lefranc, 2019, p. 316

⁴ Dopamine : *“Neurotransmetteur du groupe des catécholamines, précurseur de la noradrénaline, jouant dans le cerveau un rôle fondamental pour le contrôle de la motricité et utilisé en thérapeutique pour son action stimulante sur le système cardiovasculaire.”* selon le site du dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dopamine/26453>

⁵ Noyau accumbens : structure cérébrale paire (un dans chaque hémisphère cérébral) situé juste à l’avant du cortex limbique et impliquée dans le circuit de la récompense.

⁶ Salomon, 2016

⁷ Rozaire et al. 2009

⁸ Vachez-Gatecel, & Valentin-Lefranc, 2019, p. 311

n'est plus ici sous la contrainte d'une autre personne mais d'un produit ou d'un comportement. Cette situation peut être d'autant plus insidieuse. L'idée d'une contrainte corporelle nous touche particulièrement en tant que psychomotricien. On peut en effet s'interroger sur l'investissement du corps des personnes qui s'infligent des contraintes corporelles.

1.2 Le tabagisme et la cigarette

Je vais à présent m'intéresser plus particulièrement au tabagisme et à la cigarette qui font l'objet de mon mémoire en en donnant une première définition. Le tabagisme correspond à l'addiction au tabac. Il s'agit d' *“une toxicomanie résultant de l'accoutumance à l'un ou l'autre des produits fabriqués à partir des feuilles de tabac : cigarettes, cigares, tabac à pipe, tabac à priser et à chiquer, etc.”*⁹

Il existe donc différentes manières de consommer le tabac. Dans cet écrit je m'intéresserai particulièrement à la cigarette car c'est actuellement le mode de consommation du tabac le plus utilisé dans la population générale en France et dans la population psychiatrique auprès de qui j'ai pu travailler.

Le dictionnaire Larousse définit la cigarette comme un *“cylindre de tabac finement haché, enveloppé dans un papier mince, parfois muni d'un filtre, et destiné à être fumé”*¹⁰. Les cigarettes peuvent être roulées à la main, en achetant du tabac en vrac, ce qui revient moins cher pour ses utilisateurs. Par ailleurs, le roulage de cigarettes occupe un certain temps dans la journée des fumeurs qui le font, surtout si ce sont de gros fumeurs. On retrouve aussi une dimension très sensorielle (tactile surtout) et minutieuse dans le fait de rouler les cigarettes manuellement (chacun s'approprie la manière de le faire, etc.). Les cigarettes peuvent aussi être directement fabriquées et roulées par des industries.

⁹ Passeport Santé 2011

¹⁰ Selon le site du dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cigarette/15997>

Je vais également présenter brièvement ce qu'est la cigarette électronique (ou E-cigarette de type vaporisateur) et son fonctionnement car j'en reparlerai par la suite dans l'un de mes cas cliniques.

«Il s'agit d'un dispositif qui permet de vaporiser un liquide aromatisé, additionné ou non de nicotine. Lors de l'aspiration, le liquide mélangé à l'air inspiré est chauffé très modérément à l'aide d'une résistance. Il est diffusé sous forme de vapeur tiède inhalée par l'utilisateur.»¹¹

Ainsi, il n'y a pas de combustion dans la cigarette électronique. Elle est une aide comportementale au sevrage tabagique, pour les personnes sensibles ou attachées au geste de fumer.

1.3 Comment le tabagisme se met-il en place ?

Maintenant que ces éléments sont précisés, je vais m'intéresser aux effets du tabagisme et à la manière dont cette addiction se met en place.

Le tabagisme repose sur la dépendance que génère une substance particulière du tabac : la nicotine. Il s'agit du « *Principal alcaloïde du tabac, dont la teneur varie de 1 à 8 % dans les feuilles des espèces cultivées, et qui est un excitant du système nerveux végétatif.* »¹²

« La nicotine est une substance qui agit sur le cerveau : on parle de substance psycho active. [...] Présente dans la fumée, elle est responsable de la dépendance physique à la cigarette et c'est elle qui procure plaisir, sensation de détente, stimulation intellectuelle : elle a également une action anxiolytique, antidépressive et coupe-faim. Son action ne se limite pas au cerveau et elle impacte aussi le système respiratoire et le système cardiovasculaire. L'absorption de nicotine par l'inhalation de fumée de cigarette est très rapide, de l'ordre de quelques secondes. La nicotine atteint le cerveau deux fois plus vite que si on l'administrerait par voie intra veineuse au pli du coude. Chaque bouffée inhalée est un shoot à la nicotine.

¹¹ Stop-tabac.ch, 2021

¹² Selon le dictionnaire de français Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nicotine/54550>

Pour augmenter encore la dépendance et la consommation du fumeur, les fabricants de cigarettes ajoutent au tabac des substances qui accélèrent l'absorption de la nicotine (ammoniac). »¹³

Le Professeur B. Dautzenberg dans son livre *Le Tabagisme de la clinique au traitement*, présente le tabagisme comme une « *maladie chronique grave* ». Il explique qu'entre douze et dix-sept ans, le cerveau humain serait particulièrement réceptif à une initiation au tabagisme. En effet, à cet âge le cerveau est encore en maturation et s'avère donc plus sensible aux effets toxiques et addictifs des composants du tabac, des cigarettes et aux particules que l'on retrouve dans la fumée de celles-ci. Le risque de développer une dépendance suite à une initiation à cet âge serait donc nettement plus élevé que si l'initiation se faisait plus tard, à un moment où le cerveau serait plus « mature »¹⁴.

Pour lui, le tabac génère une dépendance psycho-comportementale et pharmacologique à la nicotine. En effet, le tabagisme crée un centre de la dépendance en modifiant l'anatomie cérébrale. Il génère la création de nombreux récepteurs à l'acétylcholine nicotinique. Le fait de fumer sature très rapidement ces récepteurs ce qui génère la synthèse de nouveaux récepteurs et renforce ainsi l'addiction. Une fois créés, ces récepteurs perdurent tout au long de la vie même si la personne arrête sa consommation. Il suffit donc de refumer une fois même après un long arrêt pour réactiver tous les récepteurs à l'acétylcholine nicotinique.¹⁵

Le Professeur B. Dautzenberg explique aussi que tous les ans, 10% des fumeurs ayant entre vingt-cinq et soixante-cinq ans tentent « sérieusement » d'arrêter de fumer mais que seulement 2,5% d'entre eux y parviennent (pour un temps). Il est donc très difficile d'arrêter une consommation de tabac même en étant motivé. Pour lui, l'arrêt du tabac ne peut pas toujours se faire seul et de nombreuses personnes auraient besoin d'aide pour se sevrer. De plus, arrêter brutalement de fumer est

¹³ selon le site du Figaro <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/tabac-substances/quels-sont-effets-nicotine>

¹⁴ Dautzenberg, 2010, p. 17

¹⁵ Dautzenberg, 2010, p. 19

déconseillé. Actuellement, on privilégie un arrêt temporaire, progressif (sur une semaine ou un mois) ou une réduction d'au moins 50% de la consommation de tabac. Cela favoriserait davantage un arrêt. On peut aussi proposer des substituts nicotiques.¹⁶

Selon l'assurance maladie Ameli :

“Les substituts nicotiques¹⁷ constituent le traitement médicamenteux recommandé en première intention dans le sevrage tabagique : ils augmentent les chances de réussir à arrêter de fumer de 50 à 70 %. Ces médicaments sont remboursés, sur prescription, par l'Assurance Maladie.”¹⁸

Par ailleurs, il existe d'autres traitements pour aider au sevrage tabagique. Le *Champix*¹⁹ est l'un des plus fréquemment utilisés. Il est conçu pour répondre à deux besoins : *“réduire l'appétit et les envies de fringales qui surviennent suite à un arrêt de tabac”* et *“bloquez l'effet de la nicotine”*²⁰. Ce traitement est remboursé à 65% par la sécurité sociale.

¹⁶ Dautzenberg, 2010, p. 19

¹⁷ Le site de l'assurance maladie Ameli répertorie ces différents substituts nicotiques qui peuvent être prescrits et donc remboursés. On trouve des dispositifs transdermiques (patchs nicotiques), des gommes à mâcher, des comprimés à sucer et des comprimés sublinguaux. Les inhalateurs et les sprays sont également des substituts nicotiques. Ces dispositifs peuvent être utilisés tout en fumant. Généralement, les personnes qui continuent de fumer avec ses substituts le font car elles manquent de nicotine ou qu'elles ne sont pas encore décidées à arrêter complètement de fumer. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste-substituts-nicotiniques_assurance-maladie_septembre_2020.pdf

¹⁸ Ameli, 2020

¹⁹ Depuis 2015, le *Champix* peut être prescrit aux personnes présentant des troubles psychiatriques. Il était jusque-là contre-indiqué, car on pensait qu'il augmentait le risque de passage à l'acte suicidaire.

²⁰ Unof.org, 2018

1.4 Tabagisme en France

Le Professeur B. Dautzenberg montre dès le début de son livre²¹ la diminution progressive du nombre de cigarettes achetées depuis 1991 en France. Il constate également une baisse très importante de ces ventes entre 2002 et 2004. Cela correspond au constat de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Cet observatoire constate une nouvelle diminution importante de ces ventes entre 2012 et 2014 et une autre en 2018²². Ces baisses successives s'expliquent par l'augmentation des prix des cigarettes et l'utilisation de la cigarette électronique²³ commercialisée à partir de 2010.

Actuellement, on compte onze virgule quatre millions de fumeurs en France²⁴. Ce nombre comprend aussi les fumeurs occasionnels. A titre de comparaison, on compte plus d'un milliard de fumeurs dans le monde, soit un huitième de la population en comptant les enfants.

1.5 Qu'en est-il pour le tabac au niveau législatif, sanitaire et social ?

Le tabagisme est légiféré en France depuis 1976, suite à la prise de conscience sanitaire et sociale des risques du tabagisme pour la santé. Cela a généré des décisions au niveau politique et social.

Selon le site de Santé publique France :

²¹ Dautzenberg, 2010, p. 17

²² OFDT, 2019

²³ L'usage de celle-ci est difficile à quantifier dans la mesure où ses utilisateurs peuvent choisir le pourcentage de nicotine qu'ils inspirent (on trouve même des cartouches à 0% de nicotine). Dans ce cas, l'addiction est plutôt comportementale (sans produit), c'est le geste qui est apprécié et renouvelé et pas l'effet d'un produit. On peut alors se demander s'il s'agit encore d'une addiction, dans la mesure où il n'y a plus, semble-t-il, d'effet délétère pour l'organisme.

²⁴ Nicorette, 2019

“Historiquement, c'est la loi, dite Veil, qui en 1976 a posé les bases françaises de cette prévention. La loi Evin, qui est certainement la plus connue, a été votée en 1991 et s'est attachée à protéger les non-fumeurs en interdisant de fumer dans des lieux publics, de faire de la publicité et a permis d'importantes augmentations du prix du tabac.”²⁵

Ainsi, progressivement, les scientifiques et politiques ont pris conscience des risques encourus, non pas seulement par les fumeurs actifs, mais aussi par les personnes non fumeuses mais exposées à la fumée du tabac : les fumeurs passifs.

Le professeur B. Dautzenberg, dans son livre *Le tabagisme de la clinique au traitement*, explique que la fumée de cigarette est l'élément le plus nocif dans le fait de fumer. Cette fumée contient plus de quatre milles composés dont soixante reconnus cancérigènes et plusieurs centaines reconnus toxiques. On trouve davantage de microparticules dans la fumée rejetée à l'extérieur que dans la partie inspirée par le fumeur.

La nicotine, substance principale qui génère la dépendance, présente une faible toxicité pour le corps. Ce n'est pas le cas d'autres constituants²⁶ ou produits retrouvés dans la fumée de cigarette notamment et étant à l'origine de nombreuses maladies. De manière générale, beaucoup de pathologies sont liées à la consommation active ou passive de tabac. Le tabagisme est un facteur aggravant dans six à huit maladies responsables de la mortalité des hommes dans le monde. Les principales causes de décès liées au tabac sont : le cancer du poumon (90% des cancers du poumon sont d'origine tabagique), les maladies cardiovasculaires (athérosclérose, spasmes et thromboses) et les maladies de l'appareil respiratoire. Le tabac serait responsable de la mort de cent millions de personnes dans le monde au XXème siècle et risque d'en causer dix fois plus au XXIème siècle (soit un milliard de morts extrapolés). Chaque année, en France, soixante-six mille personnes décèdent prématurément du tabac

« Depuis le 1er février 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements

²⁵ Sante publique France, 2019

²⁶ Monoxyde de carbone, goudrons, Cadmium, particules de pollution, etc.

de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Cette interdiction est rappelée par une signalisation apparente.

Le décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 rappelle et précise l'étendue du principe, déjà acté précédemment, d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. »²⁷

Ce décret a donc élargi la loi Evin pour limiter au maximum le tabagisme passif et l'incitation au tabagisme.

Paradoxalement à cela, notre société actuelle nous incite à la consommation et aux plaisirs hédonistes (à court terme), à travers des messages publicitaires, des métiers, formations ou activités plus ou moins reconnus et valorisés, etc.

C'est aussi ce que soulève J.-P. Couteron dans le livre *Aide-mémoire addictologie*. Il exprime que *“la logique économique, relayée par les technologies industrielles de communication, encourage des comportements d'hyperconsommation qui vont accentuer la consommation des drogues, qu'elles soient licites ou illicites.”²⁸ Il va jusqu'à parler de “société addictogène”²⁹.*

Il me semblait nécessaire de rappeler ses points généraux avant de rentrer davantage dans mon sujet d'étude car la cigarette reste un objet familier, banalisé que l'on croit connaître et qu'il faut d'autant plus mettre en perspective pour bien cerner son usage.

Je vais à présent me focaliser davantage sur la structure et la population auprès de laquelle j'ai travaillé.

²⁷ Ministère des solidarités et de la Santé, 2015

²⁸ Morel & Couteron, 2019, p. 19

²⁹ Morel & Couteron, 2019, p. 119

2 La MAS : présentation et fonctionnement

2.1 Définition et présentation de la MAS

Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) :

« Les maisons d'accueil spécialisées sont des établissements médico-sociaux, dont la vocation est d'assurer aux personnes accueillies un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, des aides à la vie courante, et des soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance de la personne. La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, et dont l'état impose le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants. »³⁰

La MAS ou j'ai réalisé mon stage, accueille à la fois des personnes adultes polyhandicapées et des personnes présentant des troubles mentaux. Elle est divisée en deux pôles distincts et accueille quarante-quatre résidents en internat (vingt-deux par pôle). Elle dispose également de quelques places en externat.

Le personnel paramédical de l'institution est composé de dix infirmiers, trente-trois aides-soignants et aides médico-psychologiques et sept agents de service hospitalier. Trois médecins travaillent à temps partiel à la MAS. L'un des médecins est un généraliste hospitalier, un autre est un médecin physique et de réadaptation et le dernier est psychiatre et fait une vacation de 10% à la MAS.

La MAS dispose aussi d'une équipe de rééducation, qui comprend orthophoniste, psychomotriciens, Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), psychologue, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes et animateurs. Le personnel de l'équipe de rééducation ne travaille pas à temps plein à la MAS. Certains partagent leur activité sur d'autres structures rattachées au même centre hospitalier.

³⁰ Selon le site du Figaro <https://sante.lefigaro.fr/social/personnes-handicapees/maison-daccueil-specialisee/definition>

Enfin, l'équipe administrative de la MAS est composée de plusieurs secrétaires et directeurs. L'ensemble du personnel comprend soixante-dix personnes (de jour et de nuit).

2.2 Repères institutionnels

L'espace de la structure est divisé en quatre bâtiments. On trouve deux pôles qui sont les lieux de vie des patients des deux populations accueillies. La MAS dispose aussi d'un bâtiment pour les animations et d'un pôle de rééducation et accueil.

Les deux pôles « lieux de vie » sont organisés de la même manière, ils comprennent les chambres des résidents et une pièce commune qui fait office de self et d'espace de vie. Le pôle polyhandicap dispose également d'une salle Snoezelen³¹ et d'une salle de bain avec des "baignoires papillons" pour les bains thérapeutiques qui peut être utilisée pour les patients des deux pôles.

L'espace d'accueil et de rééducation abrite les bureaux des secrétaires et cadres de santé. Le plateau technique de rééducation comprend la salle de psychomotricité et une autre salle utilisée par les ergothérapeutes, EAPA et parfois orthophoniste.

La répartition du *temps* n'est pas la même pour tous les professionnels. Les infirmiers, AS et AMP sont réparties en trois équipes, deux de jour et une de nuit avec des temps de transmissions entre chaque roulement.

Pour les autres professionnels du pôle de rééducation, l'arrivée se fait à 9 heures. Ils échangent si besoin à propos de certains patients ou événements survenus la nuit, le weekend ou sur leur temps de prise en soins. Il s'agit d'un temps de

³¹ Une salle Snoezelen : "est un espace qui est à la fois stimulant et apaisant. Cette zone est aussi appelée espace multi sensoriel avec des équipements permettant de cibler les stimuli par les sens, notamment au travers d'effets lumineux, de jeux de couleurs, de sons, de musiques, de parfums. L'espace est spécifiquement adapté afin de solliciter plusieurs sens à la fois, ou au contraire, un seul. L'adaptation se fait en jouant sur les différents paramètres de l'espace que sont les éclairages, l'atmosphère, les sons et les textures afin de répondre au contexte spécifique." Selon <https://www.soignantenehpad.fr/pages/snoezelen/qu-est-ce-qu-une-salle-snoezelen.html#gsc.tab=0>

transmissions non formalisé. Puis ont lieu les premières prises en soins. Les transmissions de jour ont lieu à 14 heures.

L'emploi du temps des patients est donc ponctué par les différentes prises en soins qui leur sont proposées, les temps de repas, café et cigarettes et les éventuelles sorties et visites. Ces dernières ont lieu l'après-midi.

J'ai pu constater des espaces-temps informels qui permettaient des échanges privilégiés : l'une des particularités à travailler dans un lieu de vie est que l'on croise les résidents entre deux prises en soins. Parfois ils sont en demande d'échange, de temps ou d'écoute. Il y a donc régulièrement de petits moments informels passés avec eux pour parler, prendre des nouvelles ou encore répondre à une demande comme de leur allumer une cigarette. C'est aussi une manière de faire du lien (entre les activités, sorties, prise en soins) et d'entretenir le lien. Ces moments ont souvent lieu dehors dans le parc ou dans les couloirs des pôles.

Pour mon mémoire, je me suis intéressée et j'ai travaillé principalement avec les résidents du pôle santé mentale. Je vais donc maintenant le présenter de manière plus approfondie.

2.3 Le Pôle Santé Mentale

2.3.1 Les Troubles de la Santé Mentale

« La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être", tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La santé mentale englobe la promotion

du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. »³²

Il existe plusieurs classifications qui répertorient les différents troubles mentaux chez les adultes. Parmi elles, on trouve le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), actuellement c'est la 5^{ème} version de celui-ci qui est utilisée.

Le DSM-5 donne la définition suivante du trouble mental :

*"Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement"*³³.

Cette classification américaine, regroupe les troubles mentaux en différentes catégories. Lors de mon stage, j'ai pu rencontrer des personnes présentant les troubles ou pathologies suivantes :

-Les troubles du spectre de la schizophrénie³⁴ et autres troubles psychotiques³⁵

³² OMS, 2013

³³ Giorgi, 2019

³⁴ "La schizophrénie est une des principales affections psychotiques. Aux idées délirantes et aux hallucinations (auditives par exemple : le sujet entend des voix qui lui parlent, qui commentent ses pensées...) s'ajoutent une incohérence du langage, une désorganisation du comportement ou un état catatonique (inertie physique, le milieu extérieur est négative) et parfois des idées de grandeur." Selon <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/troubles-psychotiques>

³⁵ "Parmi les troubles psychiatriques, les maladies psychotiques sont définies comme étant des maladies mentales caractérisées par la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Le patient psychotique n'est pas conscient de ses troubles de la personnalité." Selon <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/troubles-psychotiques>

- Les troubles bipolaires³⁶ et apparentés
- Les troubles dépressifs³⁷
- Les troubles anxieux³⁸
- Les troubles dissociatifs³⁹
- Les troubles liés à une substance et troubles addictifs⁴⁰
- Les troubles de la personnalité⁴¹

Il existe aussi la CIM « Classification Internationale des Maladies » qui est publiée par l'OMS. Actuellement c'est la CIM-10 qui est utilisée et la CIM-11 entrera en vigueur en 2022. Contrairement au DSM-5, la CIM n'est pas spécifique des troubles

³⁶ "Trouble bipolaire, est un trouble de l' humeur marqué par la survenue, d'épisodes dépressifs majeurs et d'épisodes maniaques ou hypomaniaques (humeur joviale, euphorique accompagnée de projets grandioses, d'idées de grandeur, hyperactivité...). Fréquemment, une phase dépressive suit un accès maniaque. Ces épisodes peuvent durer plusieurs mois et être séparés par un retour à un état normal." Selon <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/troubles-psychotiques>

³⁷ "Dépression : trouble affectif caractérisé par l'association de différents symptômes, variables dans leur regroupement et leur intensité : tristesse, douleur morale, perte d'intérêt ou de plaisir de toute activité, inhibition psychomotrice (fatigue, perte d'énergie, diminution de la capacité de penser...), troubles du sommeil, perte ou augmentation de poids et de l'appétit, sentiment d'inutilité, pensées de mort et idées suicidaires... On distingue trois types d'états dépressifs : L'état dépressif mélancolique (dépression majeure) [...] ; l'état dépressif réactionnel [...] ; l'état dépressif névrotique ou névrose dépressive [...]." Selon <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/troubles-depressifs>

³⁸ "Les troubles anxieux regroupent divers troubles en lien avec une anxiété excessive et difficiles à gérer, qui se manifestent de façon très variable. Il peut s'agir d'attaques ou de crises de panique aiguës, de phobies, de troubles anxieux généralisés. Il existe également plusieurs classifications de ces troubles, différant légèrement selon les pays." Selon https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles_anxieux_douglas_pm

³⁹ "Le syndrome dissociatif est un trouble psychiatrique qui se caractérise par une désorganisation de la pensée, que ce soit dans la façon de réfléchir, de vivre les émotions ou de se comporter. Le discours et les actes n'ont pas de sens et sont incompréhensibles, par la personne elle-même et son entourage. Ce syndrome se rencontre dans trois situations : la schizophrénie, de façon transitoire dans la prise de psychotropes et dans une situation d'anxiété très forte comme lors d'un état de stress post-traumatique." Selon <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/599343/syndrome-dissociatif>

⁴⁰ Cf. *supra*, I.1.1. Qu'est-ce qu'une addiction ? p. 8

⁴¹ "La personnalité est un ensemble de caractéristiques d'une personne qui influence de façon unique ses cognitions (pensées), ses motivations et ses comportements dans des situations variées. Les traits de personnalité sont généralement considérés comme relativement stables à l'âge adulte." Selon <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/personnalite>
On parle de troubles de la personnalité lorsque la personnalité d'une personne se rigidifie sur un mode de fonctionnement unique. Il existe plusieurs troubles de la personnalité différents, exemples : les troubles de la personnalité obsessionnelle, narcissique, paranoïaque, etc. selon <https://psychotherapie.ooreka.fr/comprendre/trouble-de-la-personnalite>

mentaux. Les troubles mentaux ne figuraient d'ailleurs pas dans les premières versions de la CIM.

De manière générale, c'est le DSM-5 qui semble être le plus utilisé comme outil de diagnostic des troubles mentaux pour les adultes.

2.3.2 Fonctionnement du pôle et résidents

La MAS dans laquelle j'ai réalisé mon stage accueille donc vingt-deux patients au pôle santé mentale. Chaque résident dispose d'une chambre individuelle dans l'un des couloirs de leur pôle. Ils prennent leur repas ensemble dans le self central.

Parmi les personnes accueillies à la MAS, beaucoup ont connu des hospitalisations répétées en service de psychiatrie, certains y retournent encore régulièrement lorsqu'ils sont en phase aiguë.

La majorité d'entre eux ont un diagnostic de psychose, surtout de schizophrénie, mais certains présentent une paranoïa, un trouble bipolaire ou encore une personnalité limite. Ces pathologies psychiatriques peuvent s'associer à des pathologies somatiques ou se compliquer par d'autres syndromes ou troubles (catatonies, troubles des conduites alimentaires, addictions, troubles anxieux, etc.). Beaucoup présentent des hallucinations et un délire plus ou moins marqué. Certains ne semblent pas avoir de capacité d'*insight*⁴² et d'autres ont des moments de grande lucidité, selon les moments ou les activités proposées.

⁴² "Insight est un terme anglais qui est employé en psychologie pour définir le moment au cours duquel nous prenons conscience de quelque chose. Nous pouvons avoir une révélation au sujet de nos problèmes (ou une solution pour l'un d'entre eux), de notre état moral, de nos émotions, de nos pensées, etc." Selon <https://nospensees.fr/en-quoi-consiste-linsight-ou-prise-de-conscience/>

3 Place de la cigarette

3.1 Place de la cigarette dans la population psychiatrique (en général)

Il y a vingt ans déjà des articles, dans le cadre de la formation des infirmiers (entre autres), expliquaient que « *le tabagisme est particulièrement fréquent au cours des maladies psychiatriques* »⁴³. Il est donc reconnu depuis de nombreuses années que les personnes présentant des troubles mentaux sont plus à risque de développer en plus une dépendance au tabac (et à d'autres drogues).

Dix ans plus tard, le Professeur Dautzenberg, dans son livre *Le tabagisme de la clinique au traitement*, rappelle aussi que le taux de tabagisme est très élevé dans tous les groupes de patients atteints de maladies psychiatriques, à l'exception des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), et en particulier chez les patients psychotiques. Selon lui, l'acte de fumer, chez ces personnes, est utilisé comme un moyen de gérer les émotions, l'humeur et les troubles cognitifs (le tabac améliorerait les performances cognitives à court terme, surtout chez les personnes présentant une schizophrénie). Pour lui, le décret Bertrand de février 2007 a permis de changer le regard des soignants sur le tabagisme, et a ouvert davantage la possibilité de proposer un sevrage aux patients.⁴⁴

3.2 Place de la cigarette à la MAS

D'après ce que j'ai pu observer durant mon stage et les échanges que j'ai pu avoir avec des membres de l'équipe de la MAS, la cigarette est très présente dans cette structure, pour les patients mais aussi pour les soignants qui encadrent la distribution de cigarettes, qui les allument, etc.

Sur les vingt-deux résidents du pôle Santé Mental, treize sont des fumeurs réguliers, soit plus d'un résident sur deux. Dans la population mondiale, environ une personne sur huit (en comptant les enfants) a une consommation régulière de tabac.

⁴³ Selon le site de Psychiatrie infirmière <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/hospitalisation-psychiatrie/tabagisme-cigarette.htm>

⁴⁴ Dautzenberg, 2010 pp. 185-187

Le pourcentage de personnes fumeuses à la MAS est donc nettement supérieur à celui de la population générale.

La cigarette semble faire partie des repères spatio-temporels de la structure. Ses pauses rythment la journée des résidents fumeurs au même titre que les repas. En effet, les cigarettes sont distribuées à heure plus ou moins fixe ce qui permet ou oblige les patients fumeurs à s'organiser par rapport à cela. Au niveau spatial, la cigarette rassemble la plupart des résidents fumeurs dans un espace relativement restreint. La distribution et l'allumage des cigarettes se fait devant la porte d'entrée du pôle.

La cigarette a aussi un impact sur les prises en soins proposées aux patients. Ceux-ci ne souhaitent pas rater la distribution de cigarettes par peur de ne pas en avoir ensuite. Les soignants évitent donc de proposer des séances aux résidents sur ces temps de "pause". Celles-ci ont lieu environ toutes les 2 heures, la première le matin a lieu vers 9 heures, ensuite 10 heures 30, 13 heures, 15 heures, 16 heures 30, 18 heures et 19 heures 30. Les résidents disposent d'une à trois cigarettes par "pause". Certains patients disposent aussi de cigarettes pour la nuit (bien qu'ils ne puissent pas les allumer seuls). La consommation des résidents à la MAS varie entre six et vingt cigarettes par jour selon les résidents et selon leur budget.

De leur côté, les soignants prennent au moins une pause régulière pendant leur service pour fumer (pour les fumeurs), prendre un café et échanger entre eux.

3.3 Caractéristiques spécifiques de la distribution à la MAS

Lorsque je suis arrivée à la MAS, j'ai été marquée par la triple dépendance à laquelle sont confrontés les patients fumeurs. En effet, ces personnes présentent une première dépendance au tabac, dont il n'est pas facile de se sevrer dans un environnement où la cigarette est si présente. Par ailleurs, aucun d'entre eux ne peut gérer complètement sa consommation de tabac. Les tuteurs évaluent combien de cigarettes les résidents peuvent s'acheter (selon leur budget), les achètent et les

envoient à la MAS. Enfin, les soignants les distribuent progressivement. Les résidents doivent donc compter sur la bonne organisation de leur tuteur pour envoyer régulièrement leurs cigarettes, puis attendre les temps de distribution pour les obtenir des soignants.

Ces temps de distribution sont réglementés voire ritualisés. Chaque résident doit, à tour de rôle, prendre un stylo dans une première boîte, signer sur la liste pour indiquer qu'il a bien récupéré sa ou ses cigarette(s), reposer le stylo dans une seconde boîte, prendre sa ou ses cigarette(s), puis attendre que tous les autres résidents aient fait de même. Au final, la distribution est beaucoup plus longue que l'acte de fumer lui-même. De plus, les résidents, pour la plupart, n'ont pas le droit d'avoir de briquet, ils doivent donc attendre le soignant pour allumer leur cigarette.

A ce sujet, l'éducatrice spécialisée de la MAS monte actuellement un projet pour permettre aux résidents fumeurs d'être davantage autonomes, en achetant un briquet mural dont les patients pourraient se servir seuls. Ce briquet est un modèle sans danger pour ses utilisateurs car il n'y a pas de flamme, juste un trou du diamètre d'une cigarette, avec un temps de refroidissement du système entre chaque utilisation. Ainsi, les résidents auraient la liberté de fumer leurs cigarettes quand ils le souhaitent (surtout lorsqu'ils en ont plusieurs en même temps). Cela libérerait aussi les soignants de cette tâche.

Par ailleurs, lorsque j'ai commencé à travailler sur la problématique du tabagisme auprès de la population psychiatrique, plusieurs professionnels (pas spécifiquement de la MAS) m'ont parlé du "chantage de la clope". Beaucoup d'entre eux avaient déjà été témoins de chantages pratiqués par certains soignants envers des patients ayant des troubles du comportement ou des réactions qui déplaisaient à ces soignants. Ceux-ci cherchaient à prévenir ou à punir ces réactions ou comportements en menaçant ou en privant directement les patients d'une ou plusieurs cigarettes. Personnellement, je n'ai jamais observé ce genre de pratiques à la MAS. Je ne développerai donc pas davantage cette partie.

Pour autant, je trouve que des dispositifs visant l'indépendance des patients, comme le briquet mural, permettraient également de limiter ce genre de pratiques lorsqu'elles existent.

4 Place de la psychomotricité dans cette structure ?

4.1 Poste en psychomotricité

La MAS où j'ai réalisé mon stage, a été créée en 2004. Dès le départ un poste en psychomotricité a été créé. Actuellement, la structure emploie une psychomotricienne à 80%. Elle travaille quatre jours par semaine de 9 heures à 16 heures 30. Normalement une deuxième psychomotricienne travaille à la MAS un jour par semaine, mais elle n'était pas présente durant mon stage. Toutes deux font partie de l'équipe de rééducation.

Le poste en psychomotricité a beau avoir toujours existé dans la structure, je n'ai pas l'impression que l'ensemble de l'équipe paramédicale (infirmier, AS, AMP) connaisse concrètement les missions du psychomotricien. La communication ne semble pas toujours évidente entre l'équipe de rééducation et l'équipe paramédicale. L'agencement spatial avec des vestiaires et salles de pause distincts entre les deux équipes contribue peut-être à ce décalage. Concernant les médecins, je les ai peu rencontrés et je n'ai pas réellement eu l'occasion d'échanger avec eux sur l'objet de mon stage.

Par ailleurs, je n'ai pas constaté beaucoup de temps de réunion ou d'échanges rassemblant l'ensemble des professionnels. Les temps de transmissions permettent de faire du lien entre les équipes mais ils ont lieu en même temps dans les deux pôles, lors du changement d'équipe médicale, et imposent donc aux rééducateurs de choisir d'aller aux transmissions du pôle santé mentale ou à celles du pôle polyhandicap. Cela ne leur permet donc pas d'accéder directement à l'ensemble des informations et de faire part de leurs propres transmissions au reste des soignants.

4.2 Organisation Spatio-temporelle et cadre des prises en soins en psychomotricité

Pour ses prises en soins, la psychomotricienne dispose d'une salle de psychomotricité avec du matériel dans le bâtiment de rééducation où elle peut

accueillir ses patients. Elle peut aussi les voir en chambre, dans la salle Snoezelen, ou en extérieur quand le temps le permet. Elle s'adapte donc selon les résidents, leurs envies et le projet psychomoteur qu'elle établit pour eux.

La salle de psychomotricité est spacieuse et lumineuse avec de grandes fenêtres. Elle contient un plan bobath, du matériel pour faire des parcours psychomoteurs (des modules, tapis, cerceaux, etc.), des miroirs, des jeux de société, des affiches ou décorations sur le corps humain réalisées pour certaines par des patients, un canapé, différents coussins, un bureau, des instruments de musique, un physio Ball et de quoi dessiner ou écrire. Elle est séparée du reste du plateau technique par un paravent.

Concernant l'organisation temporelle, la psychomotricienne programme des rendez-vous avec les résidents qui le lui demandent. Elle peut aussi proposer des séances aux patients chez qui elle perçoit un besoin.

De manière générale, sa fonction à la MAS nécessite une certaine souplesse et beaucoup d'adaptabilité. En effet, tous les résidents ne peuvent pas formuler des demandes de prises en soins « claires » et s'y engager. D'après ce que j'ai vu, peu de résidents peuvent vraiment s'engager dans un suivi régulier. Les propositions de prise en soins en psychomotricité sont donc plus ou moins intermittentes suivant les résidents et les fluctuations de leur état psychique. Certains demandent seulement une séance ou un temps d'échange très ponctuel, d'autres formulent des besoins plus importants et réguliers.

La psychomotricienne a donc appris à proposer régulièrement des temps de soins aux résidents, à laisser venir aussi leurs demandes personnelles et à s'adapter ensuite pour agencer et ajuster ces différentes prises en soins (dans le cas des prises en soins individuelles). Cette manière de travailler n'était pas évidente pour moi au départ mais semble être la plus adaptée au fonctionnement et à la population accueillie dans la structure.

4.3 Organisation spatio-temporelle durant mon stage

La psychomotricienne était présente dans la structure la matinée ou je faisais mon stage mais nous faisons nos prises en soins chacune de notre côté. J'avais fait un stage court dans cette structure en fin de deuxième année, je connaissais donc déjà un peu le fonctionnement de la structure, les résidents et les professionnels qui y travaillent. Cela m'a permis d'être autonome et de démarrer mes premières prises en soins rapidement.

La psychomotricienne a fait en sorte de me laisser la salle de psychomotricité presque tous les jeudis matins quand j'en avais besoin, ce qui a vraiment facilité les prises en soins et le déroulement de mon stage en général. J'ai aussi pu proposer des séances en salle Snoezelen à certains patients. De plus, j'ai pu disposer d'une clef une fois que j'étais sur place pour être complètement indépendante et circuler librement dans les différents bâtiments de la MAS.

4.4 Echanges informels avec la psychomotricienne

Pendant mon stage, j'ai pu être traversé par des moments de doute, d'incompréhension ou de questionnement. J'étais toujours seule avec les résidents en séance mais je savais que je pourrai ensuite débriefer avec la psychomotricienne de la MAS. Ces moments étaient très porteurs pour moi. Ils me permettaient de relativiser mes perceptions et mes interprétations. Ils m'aidaient aussi à mieux comprendre le fonctionnement psychique de certains résidents et le fonctionnement de la MAS.

La psychomotricienne me faisait aussi les transmissions de la semaine : ses observations, ce qui lui avait été rapporté par d'autres membres de l'équipe ou par des résidents. Ces retours me permettaient d'être au courant de ce qui se jouait pour les patients et l'équipe. Je pouvais en tenir compte et adapter si besoin mes propositions de séance, ou être plus attentive à un résident. C'était indispensable pour

moi car je ne pouvais pas assister aux transmissions de l'équipe médicale⁴⁵. Elle pouvait aussi profiter de ces temps pour faire des transmissions de ma part au reste de l'équipe. C'est aussi en partie de cette manière que j'ai pu diffuser mes questionnaires pour l'élaboration de mon mémoire aux soignants, mais j'y reviendrai dans ma troisième partie.

⁴⁵ Les transmissions du matin avaient lieu bien avant mon arrivée et celles de l'après-midi après mon départ de stage.

II Clinique psychomotrice autour de la cigarette

1 Items psychomoteurs et observations informelles

Lorsque j'ai commencé à me rendre à la MAS, j'ai tout d'abord cherché à observer comment se déroulaient les "pauses" cigarettes pour les résidents. Comment étaient-ils avant de fumer (comment vivaient-ils et géraient-ils l'attente de la cigarette ?), pendant qu'ils fumaient (était-ce un soulagement, un plaisir...? Comment fumaient-ils ? Où s'installaient-ils pour fumer ?) et après avoir fumé (comment cela se finissait ? Qu'allaient-ils faire ensuite ?). Je cherchais à comprendre ce qui se jouait pour eux à ce moment-là. Je voulais aussi observer les éventuelles modifications d'état, de comportement et les réactions suscitées par ce moment dévolu à la cigarette.

Je m'y suis intéressée sous le prisme de la psychomotricité en partant des items psychomoteurs (motricité fine et globale, équilibres, tonus, représentations corporelles, espace, temps et latéralité), piliers de la psychomotricité avec la dimension relationnelle et affective. Mon projet était d'observer si la cigarette a un impact sur ces différents items, induit-elle des troubles psychomoteurs⁴⁶ ou au contraire en soulage-t-elle ?

Je vais donc m'intéresser maintenant au "moment cigarette" des résidents à la MAS à travers ces différents items. Je les ai rassemblés en quatre groupes afin d'éviter les répétitions :

- Le tonus (avec la dimension relationnelle et émotionnelle)
- La motricité fine et globale
- L'espace et le temps
- Et les représentations corporelles.

⁴⁶ "Variables dans leur intensité et leur expression, les troubles psychomoteurs sont le reflet corporel d'une perturbation qui peut être d'origine organique ou psychique" (D'Ignazio & Martin, 2018, p.13)

Je chercherai dans un premier temps à définir ces différentes notions, afin de clarifier mon propos et d'exprimer comment je les ai moi-même intégrées. Puis je développerai mes observations en lien à la MAS.

1.1 Tonus

1.1.1 Définitions du tonus

A. D'Ignazio et J. Martin, dans *100 Idées pour développer la psychomotricité des enfants*, définissent le tonus comme :

“L'état de tension des muscles volontaires ou involontaires, variable dans son intensité selon le contexte. Il apparaît comme la toile de fond indispensable à toute activité impliquant la motricité, depuis le maintien de la posture jusqu'aux séquences motrices les plus élaborées. Son évolution est étroitement liée à la maturation neurologique”⁴⁷.

C'est la fonction tonique qui nous permet d'ajuster notre tonus selon les situations auxquelles nous sommes confrontés. Dans certains cas, cette fonction tonique est défaillante. Les personnes peuvent alors présenter une *hypertonie* : elles sur-réagissent aux stimulations de l'environnement et vont donc présenter une tonicité élevée (augmentation de la résistance du muscle à son étirement). Ce trouble peut aussi générer une *hypotonie* : les personnes ne réagissent pas suffisamment aux stimulations de l'environnement, leur tonicité sera donc plus faible (diminution de la résistance du muscle à son étirement). Enfin, il existe des formes de *monotonie* : la tonicité des personnes ne varie pas ou très peu, quelles que soient les stimulations extérieures.

⁴⁷ D'Ignazio & Martin, 2018, p. 50

On distingue 3 degrés différents de tonus, qui sont le tonus de fond ou de base⁴⁸, le tonus postural⁴⁹ et le tonus d'action⁵⁰.

A. D'Ignazio et J. Martin insistent sur le rôle du tonus qui “associe la dimension neuromusculaire avec l'état émotionnel de la personne”⁵¹. C'est-à-dire qu'il existe un lien étroit entre notre tonus et nos émotions, l'un influence l'autre et vice et versa. Une émotion forte aura un impact direct sur notre tonicité (en générant un recrutement tonique par exemple). De même, l'action de certaines relaxations, qui visent un relâchement tonique et musculaire, permettent aussi une détente psychique.

Cependant, cet aspect tonico-émotionnel va plus loin, c'est ce qu'ajoutent A. D'Ignazio et J. Martin en évoquant le travail mené par H. Wallon (médecin et psychologue) et J. De Ajuriaguerra (neuropsychiatre) qui ont “théorisé le concept de dialogue tonico-émotionnel”⁵². Ce concept correspond à un accordage tonico-émotionnel qui se crée entre deux personnes (ou plus) lorsqu'elles sont en contact ou proches les unes des autres. Notre état tonico-émotionnel s'exprime corporellement, à travers nos gestes ou le timbre de notre voix. Ces différents aspects sont perçus plus ou moins inconsciemment par les personnes qui nous entourent et vont impacter leur propre état tonico-émotionnel. La rencontre entre des personnes présentant un état différent va donc faire tendre leur états tonico-émotionnels vers un état d'équilibre

⁴⁸ Tonus de fond ou tonus de base : “La tension qui le constitue est une contraction isométrique, c'est-à-dire sans mouvement, les insertions musculaires ne bougent pas. Il permet l'intégrité du corps, la cohésion corporelle. Les différentes parties du corps sont maintenues entre elles grâce aux ligaments et aux articulations. Le corps fait un, est ressenti comme une unité, grâce au tonus de base, qui concourt à avoir une légère contraction musculaire permettant la coaptation articulaire, c'est-à-dire le maintien des structures articulaires entre elles. Les différentes parties du corps sont donc en adhérence les unes avec les autres, le tonus que l'on perçoit via la proprioception (ressenti musculaire) permet de se ressentir comme étant délimité, de ressentir notre corps et de pouvoir le différencier des éléments extérieurs. Cela alimente le sentiment d'être soi.” Selon <http://www.psychomotricite.net/le-tonus/>

⁴⁹ Tonus postural : “C'est la tonicité nécessaire au maintien de la posture, c'est-à-dire la manière dont on se positionne dans l'espace. Le tonus postural est lié à l'état de vigilance, il s'abaisse lorsque l'on dort et se remobilise lors de l'éveil pour tenir une posture plus active. Le tonus est également relié à l'état émotionnel. C'est d'ailleurs le premier mode d'expression et de dialogue chez le tout petit et ce dialogue via le tonus, encore appelé dialogue tonico-émotionnel est présent tout au long de la vie.” Selon <http://www.psychomotricite.net/le-tonus/>

⁵⁰ Tonus d'action : “C'est l'état de tension nécessaire pour permettre le mouvement. Il s'agit là de contractions intentionnelles bien que coordonnées inconsciemment.” Selon <http://www.psychomotricite.net/le-tonus/>

⁵¹ D'Ignazio & Martin, 2018, p. 50

⁵² D'Ignazio & Martin, 2018, p. 50

à la croisée des leurs. Ce dialogue est d'autant plus intense que le lien affectif entre les individus concernés est développé⁵³.

1.1.2 Observations du tonus et de la dimension relationnelle au moment de la cigarette

A la MAS, j'ai pu constater une grande différence d'état émotionnel et tonique des résidents avant et après avoir fumé.

En effet, dans le temps qui précède la distribution de cigarettes, la plupart des résidents fumeurs sont nerveux du fait de la sensation de manque qu'ils éprouvent. Je l'ai observé à leur posture plus rigide qu'à leur habitude, à leurs déplacements plus saccadés, aux tremblements qui apparaissent ou augmentent au niveau des mains principalement ou à la majoration de leurs réactions de prestance⁵⁴.

On remarque également cette tension au niveau comportemental et relationnel. Leurs réactions là aussi sont particulières, comme exacerbées. Certains résidents se mettent à parler avec un débit très rapide peut-être pour occuper leur esprit à autre chose ou pour extérioriser la sensation sûrement très désagréable qu'ils éprouvent. D'autres s'énervent contre les autres, insultent au moindre regard ou geste esquissé vers eux, probablement pour décharger leur trop plein de tonicité. D'autres encore se referment dans un mutisme quasi complet pour conserver un certain contrôle. Ils semblent complètement coupés de ce qui les entoure.

Je percevais une tension lorsque je passais près d'eux. Leur nervosité semblait "contagieuse", celle de l'un paraissait exacerber celle des autres à la manière d'un cercle vicieux. Je relie cette observation au dialogue tonico-émotionnel. Au sein de ce groupe, ce dialogue semble alimenter la tension intérieure de chacun.

⁵³ L'exemple le plus frappant est celui du tout petit, présentant un état important de tension, que le parent va bercer, porter de manière sécurisante et avec un tonus plus bas, qui va progressivement permettre à l'enfant d'abaisser son propre état de tension.

⁵⁴ Les réactions de prestance "*désignent l'inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ses éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique.*" selon <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioPSMenf/POLY.Chp.2.5.html>

Cette tension monte jusqu'à ce que les cigarettes soient distribuées. On ressent alors un soulagement progressif à l'image d'un ballon de baudruche qui se dégonflerait.

Au moment où ils fument, la plupart des résidents restent immobiles, tous ont globalement le visage penché vers le sol. Les interactions entre eux sont très pauvres, ils n'échangent pas. Certains peuvent discuter avec un soignant s'il passe à côté.

Une fois leur cigarette fumée, ils paraissent apaisés, détendus et de nouveau plus disponibles pour échanger.

1.2 Motricité globale et fine

1.2.1 Définitions de la motricité globale et fine

“La motricité globale, [...] correspond à tout ce qui nous permet de bouger, d'être en action. Elle est déterminée génétiquement, ce qui fait que tous les êtres humains passent par les mêmes étapes de développement psychomoteur. Il y a ensuite des différences interindividuelles, dépendant de :

- *La maturation du cerveau [...]*
- *Des aptitudes personnelles [...]*
- *Des expériences motrices vécues par l'enfant [...]*
- *De l'attitude que l'on a vis-à-vis de la motricité de notre enfant [...].”⁵⁵*

De manière générale, la motricité globale va concerner les mouvements qui font intervenir plusieurs muscles ou groupes musculaires, pour permettre des mouvements globaux pouvant impliquer l'ensemble du corps ou une partie de celui-ci.

⁵⁵ Selon <http://www.psychomotricite.net/la-motricite-globale/>

“La motricité fine est assimilée à la motricité manuelle et digitale, faisant référence à la capacité de manipulation de petits objets, en utilisant la main et les doigts. Mais la motricité fine concerne également la motricité oculaire (contrôle des muscles des yeux), la motricité oculo-manuelle (coordination entre l’œil et la main) ainsi que la motricité faciale (contrôle des muscles du visage).”⁵⁶

La motricité fine est permise par un ajustement tonique plus fin qui permet de réaliser des mouvements très précis. Généralement ces mouvements impliquent un nombre plus réduit de muscles contrairement à la motricité globale.

La motricité se développe en suivant la maturation neurologique et notamment les lois de différenciation (passage d’une motricité globale, archaïque et involontaire à une motricité fine, localisée et volontaire) qui se développent en parallèle de la construction du psychisme (avec différents stades de différenciation/subjectivation), de succession (développement dans le sens céphalo-caudale et proximo-distale) et de variabilité (l’évolution se fait dans le sens d’un perfectionnement progressif avec des stades par lesquels chaque enfant passe mais avec un rythme d’évolution qui varie d’une personne à l’autre).

1.2.2 Observations de la motricité au moment de la cigarette

Du point de vue de la motricité, de nombreux résidents ne tiennent pas en place quand approche le moment de la remise des cigarettes.

En lien avec l’augmentation de leur tonicité, la motricité (globale et fine) de certains devient plus saccadée et impulsive⁵⁷, moins contrôlée. Cela se manifeste par des gestes plus brusques ou des tremblements. On peut retrouver dans les mouvements et la brusquerie de plusieurs d’entre eux une forme d’agressivité.

⁵⁶ D’Ignazio & Martin, 2018, p. 90

⁵⁷ Le terme d’impulsivité correspond aux difficultés qu’éprouve une personne pour arriver à se contrôler. Ainsi, l’impulsivité débouche régulièrement sur des actes violents ou des colères. Ces comportements peuvent à leur tour engendrer des conséquences indésirables pour leur auteur.” Selon <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/impulsivite/>

D'autres, moins nombreux, paraissent plutôt inhibés⁵⁸, avec peu de mouvements. Dans les deux cas, ces polarités sont de plus en plus marquées au fur et à mesure que le moment de la remise des cigarettes approche. Elles s'observent aussi dans la motricité faciale des résidents, de plus en plus expressive pour la plupart d'entre eux.

Au moment de la distribution, j'ai observé une sorte de fébrilité dans les mouvements de certains d'entre eux, un empressement plus ou moins contenu. Une fois leur cigarette allumée, chacun adopte la posture, l'équilibre qui lui convient. Certains s'assoient, d'autres restent debout, ils ont leur habitude et semblent y rester fidèle le plus souvent.

Lorsqu'ils fument, tous sont relativement immobiles, silencieux et peu expressifs (à l'inverse de la période "pré-distribution"). Leur motricité globale semble inhibée et contenue pour ne laisser place qu'à la motricité fine du va et vient main-bouche.

Pour finir, les résidents terminent de fumer leur cigarette les uns après les autres, et retrouvent progressivement leur mobilité.

1.3 Espace et temps

1.3.1 Définitions de l'espace et du temps

"L'espace est un concept polysémique dans la mesure où il possède plusieurs sens selon le contexte et la discipline concernée [...], la notion de temps lui étant très souvent attachée [...]. Au sens commun, l'espace est un lieu plus ou moins défini ou peut se situer

⁵⁸ Inhibition : "*Processus interne qui est supposé empêcher ou freiner l'apparition d'une réponse et expliquer ce comportement.*" Selon <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inhibition/43108>

L'inhibition motrice caractérise donc une limitation qui peut aller jusqu'à un arrêt complet de la motricité. Elle est un phénomène normal qui permet d'éviter de réaliser certains mouvements parasites, par exemple, afin d'adapter au mieux la motricité. L'inhibition devient pathologique lorsqu'elle n'est pas ajustée, suivant la situation et le contexte (elle peut-être trop importante ou trop faible).

quelque chose. En psychomotricité, la notion d'espace se rapporte à la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise."⁵⁹

Cette organisation spatiale permet également au sujet d'investir l'espace qui l'entoure. J'y reviendrai lorsque j'aborderai le concept de schéma corporel.

Le temps, lui, est défini par le dictionnaire Larousse comme une "*notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements*"⁶⁰.

La notion de temporalité est très subjective au départ. Ainsi, comme pour l'espace, le temps peut être constitué de portions qui peuvent se chevaucher ou s'emboîter les unes et les autres.

On distingue différentes formes de temporalités que je vais présenter. Le temps objectif est un temps mesurable et donc partageable entre différents individus. Le temps subjectif est un temps dont l'impression et le vécu seront différents selon le contexte dans lequel on se trouve.

Enfin, le temps est associé à la notion de rythme. Il s'agit du "*retour, à des intervalles réguliers dans le temps, d'un fait, d'un phénomène*"⁶¹.

Ainsi, on constate avec ces définitions que le temps et l'espace sont des notions intrinsèquement liées, on ne peut pas définir l'un sans évoquer l'autre. Il en va de même en psychomotricité, l'espace et le temps ne peuvent être travaillés indépendamment l'un de l'autre. Les bilans psychomoteurs qui évaluent l'un de ces items prennent également l'autre en considération au moins d'un point de vue qualitatif⁶².

⁵⁹ D'Ignazio & Martin, 2018, p. 130

⁶⁰ Selon le dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>

⁶¹ Selon le dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rythme/70326>

⁶² Exemple : dans le test de Marthe Vyl, qui évalue l'adaptation à l'espace et l'orientation spatiale, on va aussi pouvoir observer le temps que le patient va mettre pour effectuer telle ou telle proposition, on le prend en compte pour avoir une idée de son impulsivité, etc.

1.3.2 Observations de l'investissement et de l'organisation spatio-temporel au moment de la cigarette

Environ 15 à 20 minutes avant la distribution, les résidents commencent à se regrouper devant le poste de soins. Certains continuent de marcher autour du bâtiment. La plupart d'entre eux expriment une nervosité qui traduit leur impatience.

Une fois les cigarettes distribuées et allumées, les résidents fumeurs sortent du bâtiment mais restent proches de l'entrée. Le regroupement est donc conservé bien qu'il y ait davantage de distance entre chaque personne. Ce moment ne dure que quelques minutes mais de l'extérieur il me semblait assez lent, suspendu.

Lorsqu'ils ont terminé, les résidents se dispersent progressivement pour retourner dans leur chambre ou dans les espaces d'activité. Ils retrouvent progressivement leur rythme habituel.

J'aimerais également préciser pourquoi je parle de "moment cigarette" et pas de "pause cigarette" comme on l'utilise plus communément. Le terme "pause" selon le dictionnaire Larousse fait référence à une "*suspension momentanée d'une activité, court arrêt de travail pour permettre le repos*"⁶³.

Le terme "pause cigarette" me semble donc approprié pour parler des temps de pause des soignants. Pour eux, ce moment constitue une vraie coupure par rapport à leurs missions à la MAS ou ils cessent de travailler pour une courte période.

En ce qui concerne les résidents, je trouve plus délicat de parler de "pause" cigarette. La plupart d'entre eux, ils ne choisissent pas vraiment ce moment. Il dépend des horaires de distribution, de la disponibilité des soignants pour allumer leurs cigarettes, etc. Et comme j'ai pu l'évoquer plus tôt, la dimension relationnelle est peu présente pour les résidents à ce moment-là. Ainsi, le moment pour fumer semble faire partie de la journée, comme les repas ou certaines activités, mais n'est pas fondamentalement choisi. De plus, ce moment cigarette commence par une phase d'attente avec une agitation souvent fébrile qui n'a rien d'une pause.

⁶³ Selon le dictionnaire Larousse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pause/58775>

1.4 Représentations corporelles

1.4.1 Définitions des représentations corporelles

L'appellation "représentations corporelles" en psychomotricité fait principalement référence à deux grandes formes de représentations qui sont le Schéma corporel et l'Image du corps.

Julian De Ajuriaguerra a proposé cette définition du schéma corporel (1970):

«Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification».

A travers cette définition, Ajuriaguerra explique que le schéma corporel se développe à partir de différents sens qui se coordonnent pour constituer une représentation topographique unifiée de notre corps (en statique et en dynamique) dans l'espace commun. Ce repère se modifie en suivant nos changements corporels. Il évolue beaucoup tout au long de l'enfance et au moment du pic de croissance à la puberté (périodes ponctuées de modifications corporelles importantes). Il se stabilise à l'âge adulte lorsque les changements corporels sont moins importants et plus lents.

Le corps est notre premier référentiel, c'est seulement une fois que nous le connaissons bien que nous pouvons explorer et investir l'espace qui nous entoure.

L'image du corps est un concept qui nous vient de la psychanalyse. De nombreux auteurs ont cherché à définir ce concept, mais actuellement il ne fait toujours pas consensus.

Le psychiatre P. Schilder présente l'image du corps comme "*un abord bio-psycho-social*". Selon E.W. Pireyre, psychomotricien et psychologue, elle concerne les "*représentations psychiques du corps*". Enfin pour la pédiatre et psychanalyste F.

Dolto il s'agit d'un "*ensemble de traces, au fond du système nerveux central, d'une période ou un esprit immature a dû se construire à partir d'un organisme immature*".

Tant de facettes différentes que peut revêtir l'image du corps.

Pour moi, elle est avant tout individuelle (selon l'histoire et les vécus de chacun), elle se développe dès le début de la vie et reste active tout au long de celle-ci. Il s'agit d'une synthèse dynamique de données actuelles et anciennes de la personne dans sa relation à elle-même et aux autres.

Lors des premiers temps de la vie, la sensorialité a un rôle fondamental dans la construction de l'image du corps (en plus des autres items psychomoteurs qui la façonnent).

1.4.2 Observations de l'expression des représentations corporelles au moment de la cigarette

Enfin, je vais aborder la question des représentations corporelles pendant le moment cigarette. Il est difficile de dissocier schéma corporel et image du corps à partir d'observations uniquement, j'évoquerai donc les représentations corporelles de manière générale et préciserai seulement lorsque je ferai une distinction entre les deux.

L'état de désorganisation de certains résidents avant de fumer, visible au niveau de leur motricité ou de leur manière de s'adresser aux autres (au niveau de la communication non verbale notamment), me laisse penser que leur schéma corporel est impacté par la sensation de manque et le besoin de fumer. En effet, la dimension topographique du schéma corporel permet normalement d'ajuster le rythme, l'amplitude, la force ou la direction de nos mouvements. Or, de nombreux résidents semblent avoir plus de mal à le faire dans l'attente de leur cigarette qu'en temps "normal". Leur corps et leurs mouvements paraissent moins bien contrôlés.

Dans *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*, A. Constant et C. Exposito évoquent la sémiologie psychomotrice des personnes présentant une addiction. Selon eux, "*Quel que soit le produit concerné, on retrouvera [...] une mauvaise intégration du schéma corporel*"⁶⁴, entre autres choses. Les troubles du schéma corporel et de

⁶⁴ Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019, p. 314

l'image du corps font également partie de la sémiologie psychomotrice que l'on retrouve dans la plupart des pathologies psychiatriques. Les résidents fumeurs de la MAS sont donc particulièrement concernés par ces troubles. Cependant, je les trouve encore plus flagrants au cours de ce moment précédant la distribution.

Après celle-ci, j'ai constaté que les résidents se refermaient sur eux-mêmes. C'est un temps de recentrage, très individualisé, où chacun semble se "ressourcer" à travers le fait de fumer.

La sensation de manque peut induire une sensation de vide interne que la cigarette remplit temporairement. La fumée qu'on inspire et que l'on rejette fait un va et vient entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Cela peut permettre de (re)marquer la limite entre le Soi et le Non-soi. Cette expérience peut être rassurante, surtout chez des sujets présentant des pathologies pouvant générer des troubles des représentations corporelles (avec des difficultés à ressentir le corps comme un tout unifié avec des limites claires, ou comme quelque chose de stable et sécurisant).

Par ailleurs, la sensorialité au niveau des lèvres et de la bouche avec le contact de la cigarette, la fumée chaude qui entre puis sort, vient stimuler la zone orale et lui redonner un peu de l'importance qu'elle occupait au tout début de la vie, en ravivant sa dimension érogène⁶⁵. En effet, la nicotine présente dans la cigarette amène une détente en apaisant la sensation de manque et en déclenchant une libération hormonale (dopamine). Elle amène donc quelque chose d'agréable, de l'ordre du plaisir qui est principalement associé à la région du corps par lequel ce désir se ressent ou est amené.

On peut alors rapprocher cette expérience du nourrissage du bébé qui revient régulièrement dans la journée, comme la cigarette, et qui présente une valeur rassurante et agréable au-delà de la simple nutrition (une zone érogène se développe sur une fonction physiologique), avec le passage d'un état plutôt hypertonique qui sera progressivement associé à la sensation de faim, à un état plutôt hypotonique associé

⁶⁵ Zone érogène : *"muqueuse ou un point de la peau dans lequel des excitations d'un certain type provoquent une sensation de plaisir d'une qualité donnée"* (Freud, 2014, p. 131)

à la détente et la satiété. De même, le geste d'aspiration n'est pas loin du réflexe archaïque⁶⁶ qu'est la succion.

Dans son livre *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Freud prend *“le suçotement (la succion voluptueuse), [...] comme modèle des expressions de la sexualité infantile⁶⁷⁶⁸*. Il ajoute que :

“Tous les enfants ne suçotent pas. Il faut supposer que, chez ceux qui le font, la valeur érogène de la zone des lèvres est constitutionnellement renforcée. Si cette valeur subsiste, les enfants deviennent à l'âge adulte des “gourmets du baiser”, sont portés vers les baisers pervers ou, dans le cas des hommes, ont de solides raisons de boire ou de fumer.”⁶⁹

Freud explique, en partie, le tabagisme et l'alcoolodépendance par une recherche de stimulation sensorielle au niveau buccal. On peut supposer que ce serait aussi le cas pour les autres drogues dont l'admission⁷⁰ se ferait par la bouche. Cette théorie est cependant à relativiser, elle ne fait pas consensus actuellement.

Fumer est donc une expérience multisensorielle et cette sensorialité semble avoir un rôle fondamental dans l'addiction à la cigarette. Nous savons aussi qu'elle fait partie des éléments élaborateurs de nos représentations corporelles, notamment de l'image du corps. On peut donc supposer que les personnes addictes à la cigarette, entre autres, présentent des fragilités de leurs représentations corporelles.

⁶⁶ Réflexe archaïque : *“Un réflexe est une réponse involontaire à un stimulus externe sensoriel ou sensitif. Les réflexes archaïques, ou primitifs, apparaissent soit in utero, soit dans les premiers mois de la vie. Ils se développent, restent actifs grâce aux mouvements du bébé. Puis, au fur et à mesure que le système nerveux devient mature, les réflexes s'intègrent progressivement afin de devenir des réflexes posturaux.”* Selon <https://www.bilanpsyreflexes.com/page/52987-que-sont-les-reflexes-archaiques>

⁶⁷ Développée par Freud, la sexualité infantile est l'activité auto-érotique de l'enfant qui fonde les prémices de la sexualité adulte. L'enfant va éprouver du plaisir suite à la stimulation physiologique de certaines régions de son corps. Il cherchera par la suite à ré-éprouver ce plaisir sans répondre à la fonction physiologique de départ. Ainsi, ces régions deviendront progressivement des zones érogènes. Elles seront investies les unes après les autres à travers différents stades (oral, anal, phallique, puis génitale à l'adolescence).

⁶⁸ Freud, 2014, p. 125

⁶⁹ Freud, 2014, pp. 129-130

⁷⁰ En effet, le mode d'admission (comme le produit choisi) est révélateur de ce que le consommateur recherche, en termes de sensations, de rapidité de l'apparition des effets et de leur durée dans le temps.

Après avoir fumé leur cigarette, les résidents semblent être plus apaisés et avoir retrouvé des repères internes plus stables. Ils me donnaient l'impression de s'être "regonflés" à travers leur tabagisme, jusqu'à la cigarette suivante.

Pour finir, j'ai choisi de ne pas développer les items de la latéralité et des équilibres dans cette partie. J'ai pu constater la dominance manuelle des résidents fumeurs par rapport à la main utilisée pour fumer mais cela n'avait pas réellement d'intérêt pour la suite de ce travail. De même pour les équilibres, je n'ai pas observé d'éléments particuliers en lien avec la cigarette, au cours des temps de consommation, qui se distinguent réellement de la motricité globale et permettent d'étayer cette réflexion.

2 Cas cliniques

Lorsque j'ai commencé à rencontrer les résidents fumeurs de la MAS, chacun a réagi différemment à mon projet. Suivant les résidents, les modalités d'entretien et de prise en soins que j'ai pu proposer ont donc été très différentes. En effet, en psychomotricité on cherche à prendre en compte nos patients de la manière la plus holistique et individualisée possible.

Au final, j'ai pu suivre régulièrement trois résidents durant mon stage autour de leur rapport à la cigarette et de leur fonctionnement psychomoteur. Pour chacun d'entre eux, nos séances ont débuté par un entretien⁷¹ préalable concernant leur rapport au tabac et l'histoire de leur addiction, associé à quelques questions inspirées des premiers items du Mini Mental State Examination (MMSE : test gériatrique évaluant les fonctions cognitives et mnésiques des personnes âgées) pour voir s'ils étaient repérés au niveau spatio-temporel. J'ai choisi de m'inspirer de ce test car la plupart des résidents à qui je l'ai proposé, avaient cinquante ans ou plus (à l'exception de l'un d'eux qui avait une quarantaine d'années), ce qui correspondait à l'âge pour lequel ce test est étalonné (entre cinquante et quatre-vingt-neuf ans). J'ai plutôt

⁷¹ Cf. *infra*, Annexe I p. I

cherché à proposer des épreuves de bilans qui correspondaient à l'âge des résidents. En effet, il y a peu d'épreuves de bilans psychomoteurs cotées pour des adultes et la majorité sont des tests gériatriques.

Je leur posais également trois questions du Questionnaire de Moyano (*On peut faire quoi avec son corps ? Qu'est ce qui est fragile dans le corps (pourquoi) ? Qu'est ce qui est solide dans le corps (pourquoi) ?*) qui, associées à un dessin du Bonhomme de Goodenough et à un test des somatognosies de Berges, me permettait d'avoir une idée de leurs représentations corporelles (image du corps et intégration du schéma corporel). Le Questionnaire de Moyano n'est pas un test coté. Il offre une impression qualitative des représentations corporelles et est généralement proposé à des adolescents ou à des adultes. Le Dessin du Bonhomme, est un test étalonné pour les enfants de trois à treize ans. Au-delà de treize ans, on estime que le schéma corporel est intégré, on atteint donc un plafond à cet âge. Enfin, je proposais le test des somatognosiques de Berges si j'avais l'impression que leurs connaissances étaient fragiles. Ce test est également étalonné pour les enfants. Normalement au-delà de dix ans les personnes doivent avoir tout intégré. Cependant, il peut être pertinent de proposer ces tests à des adolescents ou à des adultes plus âgés. L'âge adulte n'est pas toujours corrélé à une bonne intégration du schéma corporel. On sait justement que les représentations corporelles peuvent être particulièrement impactées chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Je leur demandais aussi d'écrire leur prénom pour avoir une idée de leurs capacités graphiques, de leur ajustement tonique et de leur latéralité. Je leur proposais aussi de représenter sur une silhouette (d'homme ou de femme suivant leur genre) les zones de leur corps qu'ils ressentaient lorsqu'ils fumaient. En fin de séance, sur une silhouette vierge, ils devaient marquer les zones de leur corps qu'ils avaient ressentis lors de mes propositions (autour de la respiration et de la voix principalement). Ils pouvaient alors comparer ces ressentis représentés avec les ressentis de la cigarette.

Enfin, j'appréhendais l'équilibre des résidents, principalement en statique, sur les deux pieds d'abord puis sur un pied si c'était possible. Je pensais au départ m'inspirer de l'épreuve de coordination statique II de l'Examen géronto-psychomoteur (étalonné à partir de soixante ans), mais je me suis vite rendue compte que ce test

était trop compliqué pour les patients que je suivais, je l'ai donc simplifié au cas par cas. J'aurais également aimé faire passer un examen du tonus aux résidents, mais un toucher direct aurait pu être très intrusif pour eux.

Ces différentes questions et propositions m'ont servi de bilan, associées à des observations que j'ai pu faire durant mes séances ou lorsque je me rendais au pôle santé mentale. Le travail que je pouvais proposer aux résidents sur table (écriture, dessin) me permettait par exemple d'appréhender leur organisation tonico-posturale, les transferts (debout/assis ou assis/allongé) me donnaient une idée de leur organisation motrice et de leur contrôle moteur.

Je vais maintenant présenter deux des résidents que j'ai pu suivre plus précisément en évoquant leur parcours de vie, puis je présenterai notre rencontre et le travail que nous avons mené ensemble en psychomotricité. J'ai choisi d'évoquer mon suivi avec ces deux résidents car leurs prises en soins étaient très différentes l'une de l'autre et étayaient donc d'autant plus mes hypothèses et réflexions dans cet écrit.

Pour chacun d'entre eux j'ai choisi un nom et un prénom d'emprunt afin d'assurer leur anonymat.

2.1 Damien Lemont

2.1.1 Présentation du patient et du contexte familial

Présentation

Damien Lemont est un homme âgé d'une quarantaine d'années. Il mesure un mètre quatre-vingt-cinq et pèse soixante-dix kilogrammes. Il porte un dentier depuis mars 2021 car il ne dispose plus que des quatre incisives du bas. M. Lemont présente également un strabisme au niveau de l'œil droit.

Il se présente avec des vêtements plutôt confortables (sweat et survêtement ou jean), parfois un peu petits.

Contexte familial

M. Lemont est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Ses parents ont divorcé lorsqu'il était enfant. Son père a refait sa vie par la suite. M. Lemont était en mauvais termes avec lui ces dernières années.

Les parents de M. Lemont étaient de gros consommateurs de tabac (sa mère a arrêté depuis). Son frère et lui-même ont donc été confrontés dès le début de leur vie à cette addiction et sont eux-mêmes devenus consommateurs par la suite.

Son frère a eu un enfant qui a aujourd'hui sept ans et auquel M. Lemont est très attaché. Ils se voient souvent chez la mère de M. Lemont.

Ce frère est décédé il y a deux ans des suites de son tabagisme et son père est décédé deux mois plus tard pour les mêmes raisons. Ces événements ont beaucoup marqué M. Lemont et il a pris la décision suite à cela d'arrêter sa propre consommation de tabac.

2.1.2 Anamnèse médicale et hospitalisations

M. Lemont est connu du secteur psychiatrique depuis ses dix-huit ans mais il était déjà suivi depuis l'enfance pour un problème de cheville congénital qui lui a valu une arthrodèse⁷² des deux chevilles. Cette malformation a été opérée très tard et a été source de beaucoup de moqueries de la part de ses camarades. M. Lemont exprime que ses difficultés psychiatriques découlent de ce traumatisme.

A dix-huit ans une schizophrénie hébéphrénique⁷³ lui a été diagnostiquée, auquel s'associe une déficience intellectuelle modérée⁷⁴. M. Lemont n'a pas pu

⁷² "Une arthrodèse est une intervention chirurgicale ayant pour objectif de bloquer définitivement une articulation en faisant fusionner les deux os adjacents à cette dernière" Selon <http://www.chirurgie-orthopedique-pasteur-brest.fr/arthrodese.html>

⁷³ "Forme de schizophrénie débutant généralement pendant l'adolescence et entraînant rapidement une détérioration mentale" (Man.-Man. Méd. 1977, p.233). Selon <https://www.cnrtl.fr/definition/h%C3%A9b%C3%A9phr%C3%A9nie>

réaliser de formation professionnelle, ni exercer un métier. Il présente régulièrement des crises d'angoisses et est en quête perpétuelle de revalorisation.

M. Lemont a été hospitalisé en service de psychiatrie pour la première fois à vingt-et-un ans suite à une première tentative de suicide. C'est également au cours de cette première hospitalisation qu'il a commencé à fumer. Par la suite, il a aussi consommé du cannabis. Il a vécu seul pendant plusieurs années, ponctuées de nombreuses hospitalisations en service de psychiatrie adulte (suite à des périodes de grandes souffrances et plusieurs tentatives de suicides).

Il a fini par intégrer la MAS il y a trois ans car son appartement était insalubre et qu'il se faisait régulièrement voler ses affaires et son argent par des personnes malveillantes qui profitaient de sa fragilité. Il a d'abord été accueilli en externat au pôle Santé Mentale avant de l'intégrer en internat. Il est actuellement sous tutelle.

2.1.3 Histoire de l'addiction

M. Lemont a eu une consommation importante de tabac pendant une vingtaine d'années. Dans les moments où il consommait le plus, il pouvait fumer jusqu'à trente cigarettes par jour.

Depuis un an, il est dans une procédure d'arrêt de sa consommation. Il a d'abord arrêté complètement de fumer, puis il a demandé de compenser sa sensation de manque avec des patchs de nicotine de quatorze milligrammes au départ qui ont ensuite été abaissés à sept milligrammes. Il l'a ensuite associé à l'usage d'un inhalateur.

⁷⁴ "On entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement." Selon le site de l'OMS <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Dans la déficience intellectuelle, la personne présente un quotient intellectuel (QI) inférieur à la moyenne qui est normalement de 100. Il existe différentes formes de déficiences intellectuelles : légère, modérée, sévère et profonde. En l'occurrence la déficience intellectuelle modérée correspond à un QI compris entre 40 et 50.

Lorsque j'ai commencé mon stage à la MAS, en novembre 2020, il a fait une demande pour avoir une cigarette électronique à la place de l'inhaleur, car la sensation de la fumée dans la gorge lui manquait. Les cartouches qu'il achète pour recharger sa cigarette électronique ne contiennent pas de nicotine.

Par ailleurs, M. Lemont a présenté une addiction au cannabis dont il est maintenant sevré. Il présente en revanche, à l'heure actuelle, une addiction aux jeux vidéo. Celle-ci a été très investie au moment de l'arrêt de la cigarette. Il a pu démarrer l'arrêt de son tabagisme en le compensant par cette autre addiction.

2.1.4 Première rencontre et bilan

Je parlerai de Damien Lemont en l'appelant par son prénom comme je le faisais en séance à sa demande (il m'a rapidement proposé de l'appeler ainsi).

J'ai rencontré Damien le premier jour de mon stage. Il est entré dans la salle de psychomotricité alors que j'échangeais avec la psychomotricienne. Il souhaitait savoir quel était le modèle de sa cigarette électronique pour acheter la même, car la sensation de la fumée lui manquait. Elle l'a donc informé, puis elle m'a présenté en expliquant l'objet de mon stage pour que nous puissions échanger ensemble sur son tabagisme. Il a tout de suite accepté. Nous avons donc pu amorcer un échange très spontané.

Il m'a donc parlé de son addiction, et de sa démarche d'arrêt qui a commencé par une prise de conscience peu de temps après la mort de son frère et de son père. Ces événements ont été particulièrement difficiles à surmonter pour Damien. Celui-ci a d'autant plus investi la relation avec son neveu.

Au moment où je le rencontre, il me dit disposer d'un inhaleur (qui ne lui convient plus) et de patches nicotiniques. Il m'explique aussi avoir pris l'habitude d'aller dans sa chambre jouer à des jeux vidéo cinq minutes avant la distribution de cigarettes pour ne pas être tenté de fumer. Il obtiendra sa cigarette électronique environ deux semaines plus tard et m'en parlera régulièrement (par rapport à l'argent qu'il économise, aux parfums qu'il essaye, au nombre de fois où il s'en sert et au fait que

la cigarette électronique le "*dégoûte de la cigarette*" pour reprendre ses mots). Elle lui permettra de ne plus craindre les moments cigarette comme c'était le cas avant.

Suite à cette première rencontre, nous prévoyons déjà une séance la semaine suivante pour un entretien-bilan. Damien semble très demandeur. Par la suite, nous nous verrons d'abord une fois par semaine, puis une fois tous les quinze jours tout au long de mon stage à la MAS. Nous avons espacé nos séances car Damien avait déjà de nombreuses prises en soins dans la semaine (avec l'ergothérapeute, l'EAPA, la psychomotricienne, etc.). J'avais également peur qu'il sur-investisse ce suivi et que l'arrêt soit ensuite trop brutal, lorsque j'aurai fini mon stage. Par ailleurs, je ne pouvais pas voir l'ensemble des résidents que je suivais et garder ponctuellement des temps d'observation en une seule matinée.

D'un point de vue psychomoteur, Damien est bien repéré au niveau temporel. Il connaît la date et le jour de la semaine et peut venir spontanément en séance sans que je n'ai besoin de le lui rappeler et ce même lorsque nous nous voyons tous les quinze jours.

Au niveau spatial, il se repère bien dans la MAS mais aussi à l'extérieur lors des sorties (selon l'équipe). Son investissement corporel dans l'espace est plus difficile. Damien semble préférer s'installer le long des murs, en périphérie. Lors des propositions en mouvement dans la salle, il avance à petits pas en gardant les bras le long du corps le plus souvent comme pour prendre moins de place.

Concernant sa motricité globale et fine, les mouvements de Damien ne sont pas toujours très précis et coordonnés, on y relève une certaine maladresse. Il est droitier. Sa marche est rendue difficile par son manque de mobilité au niveau des chevilles (suite à ses arthrodèses) qui limite sa flexion de genoux et de hanche. De ce fait, Damien ne peut pas non plus tenir en équilibre unipodal, ni se mettre sur la pointe des pieds, son équilibre bipodal étant déjà fragilisé. Les coopérations bimanuelles sont possibles (pour tenir sa feuille avec sa main gauche lorsqu'il dessine ou écrit avec sa main droite par exemple) mais les dissociations sont compliquées pour lui.

Au niveau tonique, Damien présente une hypotonie axiale et une légère hypertonie périphérique. Son ajustement tonique et tonico-émotionnel, par ailleurs, est plutôt adapté. Au niveau tonico-postural, par contre, Damien est mis en difficulté par sa raideur lombaire et son manque de mobilité articulaire au niveau des jambes. Il présente donc une rétroversion de bassin importante surtout lorsqu'il est assis. A ce sujet, Damien s'installe souvent sur des coussins très près du sol, ce qui ne facilite pas l'antéversion de son bassin et l'ouverture de sa cage thoracique et qui complique également son relevé lors du transfert assis-debout. Cette rétroversion de bassin, et la position très enroulée qu'elle amène, fait parfois perdre le contact visuel avec Damien pendant plusieurs minutes, mais cela ne semble pas trop impacter la dynamique relationnelle pour lui.

Malgré sa déficience intellectuelle, Damien semble présenter une bonne compréhension des consignes et de bonnes capacités attentionnelles.

Les représentations corporelles de Damien semblent également altérées. Il donne souvent l'impression d'être embarrassé de son corps. Son manque d'aisance dans l'espace et sa maladresse motrice peuvent être reliés à un trouble du schéma corporel. Par ailleurs, il a une bonne connaissance des somatognosies mais son Dessin du Bonhomme⁷⁵ est assez pauvre, il obtient un score de 27 sur 51 ce qui correspond à un âge de développement de neuf ans. Il dit qu'il se dessine lui-même mais son dessin représente un personnage tout petit sur la feuille qui ne respecte pas les proportions de son corps. On peut aussi remarquer sur son dessin que les vêtements présentent plus de détails que le corps du personnage. La tenue serait-elle plus investie que le corps lui-même ? De plus, Damien présente un manque d'assurance et semble rechercher ma validation vis à vis de ce qu'il dit ou fait. Son image du corps me paraît donc elle aussi fragile.

2.1.5 Travail en psychomotricité

Au départ, lorsque j'ai commencé à préparer et à proposer des séances de psychomotricité à Damien, je me suis intéressé à ses ressentis corporels liés à son tabagisme, notamment au niveau de sa respiration. Mon projet psychomoteur consistait en une (ré)exploration de sa colonne d'air et des régions corporelles

⁷⁵ Cf. *infra*, Annexe II p. II

ressenties pendant l'acte de fumer autrement que par la cigarette. L'idée était de lui permettre de (re)découvrir l'existence de ces régions différemment. J'ai donc commencé un travail autour de la respiration en abordant des propositions amenant des vibrations de la gorge, des percussions corporelles, etc.

Lors de l'une de nos premières séances, j'ai proposé à Damien de représenter sur une silhouette les zones de son corps qu'il ressentait lorsqu'il fumait⁷⁶. Puis nous avons fait une séance autour de la respiration et de la voix, en respirant profondément puis en ajoutant des sons (principalement des voyelles) à l'expiration que nous choisissons à tour de rôle et qui peuvent rappeler la pratique de synchronisation vibratoire du "Ommm" utilisé en yoga⁷⁷. A la fin de la séance je lui ai proposé, sur une autre silhouette, de représenter les régions de son corps qu'il avait ressenties pendant cette séance⁷⁸. Les deux représentations étaient sensiblement les mêmes. Il a été surpris de constater cette ressemblance lorsque j'ai ressorti la première qui représentait ses sensations lorsqu'il fumait.

Au cours de nos séances, nous avons travaillé sur la respiration et surtout sur la conscience de celle-ci pendant plusieurs semaines. Nous avons exploré différentes manières de respirer, dans des positions différentes, avec ou sans sons. Nous expérimentons différents rythmes de respiration, en utilisant des objets extérieurs ou nos mains pour sentir les mouvements induits par la respiration au niveau thoracique et abdominal. Nous réalisons également des percussions corporelles sur le sternum ou des techniques de respiration de type sophrologie⁷⁹. Nous avons aussi travaillé autour de l'axe corporel, en revenant à des mouvements de bascule du bassin et d'enroulement-déroulement. Damien avait peu d'amplitude pour réaliser ces mouvements mais couplé à la respiration ils prenaient davantage sens.

⁷⁶ Cf. *infra*, Annexe III p. III

⁷⁷ Ce son vibratoire est réalisé pour démarrer et clore la séance de yoga.

⁷⁸ Cf. *infra*, Annexe IV p. IV

⁷⁹ "La sophrologie est un « entraînement du corps et de l'esprit pour développer sérénité et mieux-être basé sur des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit ». Elle s'adresse à toute personne cherchant à améliorer son existence et développer mieux-être et détente. Des séances spécifiques peuvent être proposées aux jeunes enfants, aux adolescents. La sophrologie n'est pas une médecine, elle ne soigne pas, il s'agit plus d'un outil de développement personnel. Elle est utilisée par de nombreux sportifs ou artistes pour mieux contrôler leur trac ou la « pression »" selon https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=sophrologie_th

Je lui ai proposé par la suite de reprendre, s'il le souhaitait, certaines propositions que nous faisons ensemble lorsqu'il se sentait stressé. En effet, Damien se plaignait parfois d'être crispé. Cependant il ne s'est pas saisi de cette proposition d'autonomisation.

Environ deux mois après le début de nos séances, il m'a fait part de moments de stress face auxquels il se sentait assez démunis. Rebondissant sur cette remarque, je lui ai proposé à nouveau de reprendre seul une proposition qu'il trouvait relaxante lorsque nous la faisons en séance. Elle consistait à s'allonger sur le dos avec les mains sur le ventre et de prendre au moins trois grandes inspirations suivies de profondes expirations en soufflant un son grave. Il pouvait garder les yeux ouverts ou les fermer en essayant de penser à un souvenir agréable (dont nous avons déjà parlé en séance). Mais au lieu de répondre ou de me donner son avis sur cette idée, il s'est mis à me parler des personnes (soignants, autres résidents, membres de sa famille) qui étaient fiers et impressionnés par sa démarche de sevrage tabagique et des compliments qui lui avait été fait à ce sujet.

Lors d'une autre séance, il m'a dit avoir essayé de reprendre une proposition, mais sans parvenir à se détendre. Il est possible que la relation transférentielle⁸⁰ de Damien avec moi soit aussi responsable d'une partie des effets "positifs" de la proposition. Ainsi, lorsqu'il reprenait seul des propositions, leur effet n'était pas le même qu'en séance et cela pouvait être frustrant. Par ailleurs, l'autonomisation n'est pas forcément évidente pour des personnes ayant des maladies psychiatriques. De plus, il peut être anxiogène pour les patients d'arriver à reprendre seuls des propositions et "s'autosuffir", car le thérapeute peut alors décider de suspendre le suivi. Or, de nombreux résidents, dont Damien, ont peur d'être "abandonnés". Ainsi, consciemment ou inconsciemment, ils préfèrent peut-être garder une forme de dépendance au soignant.

Damien revenait souvent sur la valorisation que lui apportait son sevrage, en effet assez rare dans ce type de structure. Il semblait très attaché à ce bénéfice

⁸⁰ "Le « transfert » en psychologie et en psychanalyse est un élément essentiel. Il s'agit là d'une projection des émotions et des sentiments du patient sur son thérapeute. Il s'oppose au « contre-transfert » que le thérapeute ressent envers le patient." Selon <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/574831/transfert-en-psychologie>

secondaire. Cela pouvait révéler une fragilité au niveau de son estime de soi⁸¹. Cependant, cette valorisation risquait de ne pas durer éternellement. Bientôt, toutes les personnes de son entourage seraient au courant et ne lui feraient plus de compliments à ce sujet. On pourrait alors imaginer qu'il soit tenté de reprendre le tabac pour ensuite repartir dans un nouveau sevrage afin de réactiver l'admiration de son entourage.

Selon moi, si Damien avait besoin d'être valorisé ainsi, c'est qu'il n'avait pas assez de ressources internes pour avoir une estime de soi et une confiance en soi suffisamment assurées. Cela, couplé aux résultats de mon bilan psychomoteur, renforçait l'hypothèse d'un trouble de son image du corps, d'où son besoin d'être réassuré régulièrement par d'autres personnes, notamment des professionnels. Je me suis alors dit qu'il serait pertinent de travailler sur ses représentations corporelles. A partir de là, mon axe de travail avec Damien était de lui permettre d'explorer (ou de ré-explorer) ses capacités d'ancrage et d'appuis internes, de développer et renforcer son axe corporel en vue d'une revalorisation de son corps et de ses représentations corporelles.

Par ailleurs, lorsque j'ai établi ce nouvel axe de travail, j'ai pensé à une proposition que nous avons travaillé dans plusieurs travaux dirigés pendant ma formation. On l'appelait "les arbres et les oiseaux" ou encore "les îles et les voyageurs". C'était une proposition que nous faisons en groupe à l'origine, mais la situation sanitaire ne permettant pas de le faire ainsi, je l'ai donc proposé à deux. Cette proposition consistait en deux temps : une première personne s'immobilise dans une position stable offrant des appuis (l'arbre ou l'île), l'autre personne peut circuler librement dans l'espace (l'oiseau ou le voyageur), puis vient déposer une partie de son corps et donc de son poids sur celui qui s'est immobilisé. La personne doit donc se relâcher sur celui qui le soutient, puis progressivement les rôles s'inversent. L'oiseau reprend son poids, s'immobilise dans la position qu'il a prise pour devenir arbre et l'arbre retrouve sa mobilité et sort de sa position pour devenir oiseau. Le nouvel oiseau peut circuler comme il le souhaite puis choisir de déposer lui aussi une partie de son corps et de son poids sur l'arbre et ainsi de suite.

⁸¹ "L'estime de soi est la perception d'une personne de sa propre valeur. Il s'agit du jugement global qu'elle porte sur elle-même." Selon <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/estime-de-soi>

Je trouvais que cette proposition permettait bien de travailler les notions de transfert d'appuis et de poids, d'ancrage, d'équilibre, de se laisser soutenir par l'autre mais aussi de soutenir l'autre, etc. Ce travail me paraissait donc ajusté à l'axe que j'avais envisagé.

Cet exercice s'est tout de suite révélé compliqué pour Damien. Il n'a pas pu offrir d'appuis ou prendre une position qui puisse évoquer un arbre. Lorsqu'il était oiseau, il ne prenait pas le temps de circuler dans la pièce bien que je l'y invite et venait directement se repositionner et s'immobiliser dans une posture sensiblement similaire à celle qu'il venait de quitter. Cela m'a laissé penser qu'il avait un imaginaire et une expérimentation corporelle assez pauvre. Peut-être n'avait-il pas encore bien compris la consigne de la proposition non plus ? De plus, il était sûrement plus rassurant pour lui de se raccrocher à une position qu'il connaissait et savait fonctionnelle. Tester quelque chose d'inhabituel alors que la proposition était déjà nouvelle pour lui était probablement trop difficile. Enfin, il déposait seulement son coude en contact avec moi. Le toucher semblait le gêner. Nous en avons déjà parlé avant la proposition mais nous n'avons pas encore été amenés à avoir cette proximité. Ce contact direct avec moi, jeune étudiante, était peut-être source de malaise pour lui. A la fin de la proposition il m'a dit "c'était intéressant, j'ai trouvé ça bien". Le pensait-il vraiment sur le coup ou était-ce pour me faire plaisir ?

Je me suis donc dit qu'il serait intéressant de décortiquer cette proposition et de la retravailler en petits bouts, pour nourrir son imaginaire et ses expériences corporelles. Dans cette optique, je lui ai proposé un travail de mime adapté à la psychomotricité⁸² autour des arbres dans un premier temps. Nous avons cherché à prendre des positions particulières pour faire deviner à l'autre quel arbre nous avons choisi en commençant par regarder comment étaient ceux du jardin de la MAS. Puis nous avons tenté de résister à des tempêtes (représentées par un ventilateur orienté sur nous accompagné de nos souffles pour faire plus de bruits) en étant des arbres différents. Nous vivions l'expérience ensemble et j'essayai de soutenir son imaginaire en lui proposant des exemples variés. La première fois que nous avons affronté une tempête, il avait choisi d'incarner un sapin et avait décidé à la fin que son arbre était emporté par la tempête. Je lui ai donc proposé de refaire l'expérience avec un autre

⁸² Conein-Gaillard, 2011

arbre qui résisterait mieux. Il a choisi de mimer un buisson en s'asseyant sur un tabouret pour être plus petit et probablement aussi pour avoir un meilleur équilibre. J'ai trouvé intéressant de constater qu'il pouvait mettre en place des stratégies pour compenser ses difficultés. Nous avons ensuite mimé des oiseaux, en commençant par des rapaces (l'espèce qu'il m'avait cité) où il a pu s'investir corporellement. Par contre lorsque je lui ai proposé de mimer un petit oiseau (en le faisant moi-même) il a aussitôt décliné. Peut-être me trouvait-il ridicule et ne voulait donc pas se mettre dans la même position. L'image du petit oiseau était probablement moins valorisante pour lui que celle du rapace.

Je lui ai ensuite proposé de travailler sur le fait de donner de son poids. Pour cela j'ai installé un certain nombre de modules, coussins, etc. sur le sol de la salle de psychomotricité et je lui ai proposé d'y déposer une partie de son corps et de son poids, voire tout son corps mais à chaque fois dans une position ou avec une partie du corps différente. Je faisais toujours les propositions avec lui pour lui donner des idées et ne pas être juste en train de regarder ce qu'il faisait afin qu'il se sente plus libre d'explorer. Il était assez hésitant pour le faire, surtout au début, mais a accepté de tester tous les supports que j'avais disposés en réfléchissant à chaque fois à une position différente.

Dans la continuité de ce travail je lui ai demandé comment et où pouvait-on offrir des appuis pour des objets, relativement petits dans un premier temps, avec notre corps. Nous avons donc cherché ensemble en testant chaque proposition avec des coussins lestés. Il a pu m'indiquer ses cuisses lorsqu'il était assis, ses avant-bras tendus en avant "*comme serveur de restaurant*" (pour reprendre ses mots). Je lui ai ensuite fait remarquer que l'on pouvait proposer des appuis dans d'autres positions qu'assis ou debout, nous en sommes alors venus à nous allonger, etc. Nous avons fini avec la tête ce qui nous a permis de travailler l'axe, le redressement debout (nous le faisons plutôt assis d'habitude) et l'équilibre en statique et dynamique.

Plusieurs semaines s'étaient écoulées, j'ai voulu lui re-proposer "les arbres et les oiseaux". J'espérais que les propositions intermédiaires que je lui avais faites avaient enrichi son exploration. Il m'a alors dit qu'il ne se sentait pas très tactile en ce moment et de ce fait ne souhaitait pas refaire ce travail. J'ai trouvé très important qu'il puisse verbaliser si distinctement cette difficulté. Je lui ai expliqué que s'il le souhaitait

nous pouvions adapter cette proposition en ne se touchant pas directement (mettre un coussin à l'endroit où l'on se dépose par exemple) mais il a préféré ne pas le refaire pour le moment et je n'ai pas insisté.

Par contre, tenant compte de son appréhension au toucher et de sa difficulté à investir l'espace je lui ai proposé que nous abordions la question de sa Kinesphère⁸³ et de l'espace dont il avait besoin pour se sentir à l'aise avec moi à ce moment-là, ce qu'il a tout de suite accepté. Nous l'avons donc expérimenté à travers plusieurs explorations en terminant par une phase d'imagination de notre bulle (Kinesphère). Quelle était sa couleur, sa taille, sa forme, sa matière, etc. et l'avons ensuite dessiné⁸⁴.

Par ailleurs, et même si nous n'avons pas pu reprendre la proposition "des arbres et des oiseaux", j'ai pu remarquer que Damien me parle beaucoup moins depuis quelques semaines des compliments faits par son entourage. En reçoit-il moins ? Ou s'en est-il quelque peu distancié ?

J'évoquerai l'évolution de mon travail avec Damien au cours de la soutenance.

2.2 Marianna Monet

2.2.1 Présentation de la patiente et du contexte familial

Présentation

Mme Monet est une femme d'une cinquantaine d'années, elle mesure un mètre soixante et pèse quatre-vingt kilogrammes. Elle a les cheveux relativement courts teints en rouge et porte des lunettes et de nombreux bijoux. Mme Monet porte des vêtements amples et confortables avec souvent un haut de couleur chaude. Elle garde

⁸³ La kinesphère : "C'est la bulle qui entoure le danseur. Elle se limite à l'espace personnel, déterminé par l'extension des jambes et des bras, sans changement de la base d'appui. Le théoricien Rudolf Laban nomme cette figure de référence « la kinesphère » et, à partir de cette analyse, compose des « gammes » de mouvements. Cette sphère imaginaire dont le danseur est le centre se déplace avec le corps du danseur dans l'espace de déplacement." Selon <http://ressources-cndc.com/titan-wu/pistes-pedagogiques/la-premiere/>

En psychomotricité nous estimons que la kinesphère ne se limite pas à la danse mais qu'elle est présente pour chaque individu. Ce concept est en lien avec le travail de Hall sur la proxémie.

⁸⁴ Cf. *infra*, Annexes V et Vbis p. V-VI

également une petite sacoche toujours autour du cou dès qu'elle sort de sa chambre avec ses cigarettes dedans.

Mme Monet se déplace en fauteuil roulant depuis environ un an. Elle peut encore marcher sur de courtes distances mais elle a besoin d'aide et d'être rassurée car elle a fait de nombreuses chutes et n'a plus confiance en ses jambes pour la porter.

Contexte familial

Mme Monet est née un an après son grand frère. Ses parents se sont séparés alors qu'elle était bébé et c'est finalement son père qui a eu la garde exclusive des deux enfants. Il les a élevés dans la violence, aussi bien physique (il les battait), que psychique (propos méprisants, crachats à la figure), et sexuelle (attouchements et viols). Mme Monet n'a jamais revu sa mère et n'a pas de souvenirs d'elle.

Son frère a quitté très jeune le domicile familial (vers quinze ans) car son homosexualité n'était pas acceptée par le père. Mme Monet en a été très peinée, elle était très proche de lui. Elle a vécu avec son père jusqu'à environ vingt-cinq ans et est devenue aide-soignante. Par la suite, son frère qui avait contracté le VIH est décédé brutalement. Mme Monet a été profondément blessée par cet événement. Encore maintenant son frère est très présent dans ses pensées.

Elle s'est ensuite mariée avec un homme avec qui elle a vécu quelques années. Cependant, celui-ci avait une addiction aux jeux d'argent et Mme Monet a dû éponger ses dettes. C'est également ce qui a mis fin à leur couple. L'insécurité financière qu'elle a éprouvée à cette période l'a beaucoup marquée au point qu'elle soit encore maintenant très inquiète de manquer d'argent.

Son père est décédé il y a cinq ans, mais Mme Monet a pu formuler qu'il était encore très présent et persécuteur dans ses pensées.

2.2.2 Anamnèse médicale et hospitalisations

Les hospitalisations et le parcours de soins de Mme Monet sont assez récents. Elle a été diagnostiquée bipolaire⁸⁵ alors qu'elle avait une trentaine d'années et a été hospitalisée plusieurs fois dans différents services hospitaliers, notamment en service de psychiatrie adulte lors de phases dépressives⁸⁶ et hypomaniaques⁸⁷.

Elle a été accueillie à la MAS il y a deux ans, mais souhaite changer de structure car la MAS ne lui convient pas. Elle aimerait trouver un foyer et travailler la journée pour s'occuper davantage et se rendre utile.

Par ailleurs, l'équipe se demande si Mme Monet ne présenterait pas un trouble neuro-dégénératif en plus de sa pathologie psychiatrique et d'un syndrome de Korsakoff⁸⁸ qui expliquerait ses difficultés motrices, ses tremblements, les troubles des fonctions exécutives qui apparaissent et la perte d'autonomie que cela engendre mais pour l'instant rien n'a été diagnostiqué. Mme Monet est actuellement sous tutelle.

2.2.3 Histoire de l'addiction

Mme Monet a commencé à fumer à vingt-trois ans, elle fumait en cachette de son père. Elle préférait des cigarettes longues au menthol. Sa consommation a évolué au cours de sa vie, elle a fumé jusqu'à un paquet de cigarettes par jour. Actuellement elle fume six cigarettes longues par jour, qu'elle « coupe » pour les fumer en deux fois.

⁸⁵ Cf. *supra*, Trouble de la santé mentale I.2.3.1. p. 20

⁸⁶ Cf. *supra*, Trouble de la santé mentale I.2.3.1. p. 20

⁸⁷ La manie : "*syndrome mental caractérisé par des troubles de l'humeur (exaltation), des troubles du comportement (agitation, surexcitation) et des troubles intellectuels (fuite des idées, perte de mémoire).*" Selon <https://www.cnrtl.fr/definition/manie>
L'hypomanie est une forme de manie atténuée, donc moins sévère.

⁸⁸ "*Le syndrome de Korsakoff est une pathologie liée à une carence en vitamine B1 qui touche principalement les alcooliques chroniques. Il engendre des lésions irréversibles dans certaines régions du cerveau.*" Selon https://www.maxisciences.com/syndrome-de-korsakoff/le-syndrome-de-korsakoff-definition-symptomes-traitement-de-quoi-s-agit-il_art38103.html

Mme Monet est l'une des seules résidentes à avoir son paquet de cigarette sur elle et dispose aussi d'un briquet. Elle gère donc sa consommation de manière plus autonome.

Mme Monet a aussi eu une importante addiction à l'alcool pendant plusieurs années dont elle est maintenant sevrée depuis une dizaine d'années mais qui lui laisse de grosses séquelles notamment un syndrome de Korsakoff.

2.2.4 Première rencontre et bilan

A sa demande, j'ai toujours appelé Mme Monet par son nom de famille, je continuerai donc de l'appeler ainsi dans cet écrit.

Mme Monet a rapidement accepté de me rencontrer au sujet de mon questionnement sur le tabac. Elle était très sensible au fait que j'écrive un mémoire et au départ il m'a semblé qu'elle acceptait que l'on échange principalement pour me rendre service, comme si elle était investie d'une mission par rapport à mon apprentissage. Nous nous voyions environ une fois tous les quinze jours.

Concernant son bilan psychomoteur, Mme Monet peut formuler quelques incohérences temporelles mais paraît malgré tout plutôt repérée au niveau temporel et spatial.

Elle est droitère. Sa motricité globale du haut du corps est relativement ajustée, mais il lui arrive fréquemment d'avoir les mains qui tremblent. L'apparition de ces tremblements est assez variable suivant les moments de la journée et peut gêner sa motricité fine. Mme Monet rencontre des difficultés plus importantes au niveau de la motricité de ses membres inférieurs. Depuis qu'elle est en fauteuil roulant elle utilise moins ses jambes et les transferts peuvent être difficiles. Ils sont également source de stress pour elle du fait de ses nombreuses chutes. Cela entraîne chez elle une tendance à se précipiter davantage pour vite avoir fini, ce qui l'a déstabilise d'autant plus.

Ses équilibres statiques et dynamiques sont donc également très impactés. Ses appuis pédestres, lorsqu'elle se déplace avec son fauteuil, ne sont pas symétriques. En effet, Mme Monet utilise principalement l'appui de son pied gauche⁸⁹, elle pose à peine le pied droit au sol. Cette dissymétrie impacte également sa posture, elle est généralement plus appuyée sur son côté gauche. Par ailleurs, Mme Monet présente une hypotonie globale.

Elle dispose de bonnes capacités relationnelles, mais présente une labilité au niveau de son humeur (probablement du fait de son trouble bipolaire) qui se ressent dans sa manière de s'adresser aux autres. Avec moi, elle pouvait avoir ponctuellement des remarques qui me donnaient l'impression d'un rapport hiérarchique entre nous, en insistant sur ma position de stagiaire et donc d'apprenante.

Concernant ses représentations corporelles, j'ai pu constater un désinvestissement et un manque de confiance dans ses membres inférieurs. Par ailleurs, son dessin du Bonhomme était très pauvre et tout petit dans un coin de la feuille⁹⁰. Elle obtient un score de 13 sur 51, cela correspond à peine au score attendu à six ans. Par ailleurs, elle n'a pas présenté de difficulté à l'épreuve des somatognosies. De manière générale, Mme Monet semble surtout ne pas avoir accepté son handicap. L'état de dépendance à d'autres soignants, alors qu'elle était elle-même soignante, qu'il lui impose lui pèse. Elle tient régulièrement des propos dévalorisant sur son corps et les difficultés qu'elle rencontre peuvent être source de moment de grandes tristesses et d'angoisses. Son image du corps semble particulièrement fragilisée.

2.2.5 Travail en psychomotricité

Mme Monet n'avait pas l'intention d'arrêter de fumer ou de modifier sa consommation de tabac lorsque nous nous sommes rencontrées. Mon projet psychomoteur de départ concernait donc une meilleure conscientisation de son tabagisme.

⁸⁹ Pas d'explication somatique à ma connaissance.

⁹⁰ Cf. *infra*, Annexe VI p. VII

Lors de notre entretien préalable, Mme Monet a pu m'orienter vers deux premières "pistes" de travail.

La première était sensorielle. Mme Monet avait été habituée à fumer des cigarettes au menthol, qui sont depuis interdites en France. Elle était donc très frustrée de ne plus pouvoir en fumer. Je me suis alors dit qu'il pourrait être intéressant de lui proposer d'autres manières de consommer de la menthe (tisane, chewing gomme) pour retrouver ce goût ailleurs que dans ses souvenirs de cigarettes et peut-être pouvoir introduire à long terme des alternatives à certaines d'entre elles. Mais elle m'a expliqué qu'elle n'aimait pas les tisanes à la menthe et ne cherchait pas particulièrement ce goût ailleurs.

La seconde, concernait le mode de vie de Mme Monet, qui m'expliquait se réveiller "aux aurores" et devoir attendre plusieurs heures avant que des soignants viennent l'aider à s'habiller et à se lever pour aller fumer.

J'ai donc décidé d'axer mon travail sur cette situation inconfortable pour Mme Monet. Je me disais qu'il pourrait être intéressant de profiter de ce temps d'attente pour développer chez elle une meilleure écoute et conscience corporelle. Je lui ai alors rapidement proposé de faire un "scan corporel" sous forme de relaxation. Je parlais de ses pieds et remontais progressivement jusqu'à sa tête et ses bras. Je l'invitais à visualiser chaque articulation ou segment corporel, lui proposant parfois de les bouger pour mieux ressentir sa position, ses appuis et ses éventuelles tensions. L'idée était de développer sa conscience corporelle et d'essayer de projeter des "pensées positives" sur son corps, souvent dévalorisé ("*On va bouger tout ça*", "*je suis grosse*") en plus de retravailler son schéma corporel.

Ce travail sur ses représentations corporelles, m'apparaissait d'autant plus important au vu de son Dessin du Bonhomme très pauvre tant du point de vue de la qualité graphique que du nombre de détails dans les parties du corps. Par ailleurs, Mme Monet, vivait très mal sa dépendance aux autres (pour se laver, s'habiller, etc.), je trouvais donc intéressant de lui faire des propositions qu'elle puisse investir et éventuellement reprendre en autonomie.

Je lui ai proposé de l'accompagner dans ce scan corporel par la voix en ajoutant dans un second temps des pressions avec un ballon souple sur les zones de son

corps nommées. La première séance avec ces modalités s'est bien passée, Mme Monet s'est endormie vers la fin de l'exploration. Elle s'est réveillée et s'est redressée d'un coup assez brutalement en me disant "*C'est bizarre, avant j'étais chatouilleuse au niveau des pieds et maintenant je ne ressens plus rien*". Par ailleurs, elle n'a pas vraiment pu me parler de ses ressentis pendant la séance, si ce n'est qu'elle avait apprécié et qu'elle essaierait de le refaire. Elle m'a également demandé quel est le lien entre relaxation et cigarette⁹¹.

Par la suite, j'ai repris avec elle ce qu'elle m'avait dit concernant ses pieds en lui proposant de tester leur sensibilité. Nous avons alors pu constater à travers différentes stimulations (textures lisses, grumeleuses, picots) que ses ressentis étaient effectivement très pauvres en dessous des chevilles. Ses pieds présentaient une dysesthésie⁹² nociceptive⁹³ prédominante à droite. Son pied droit était par ailleurs œdématié. Mme Monet était très contrariée par ce constat. Elle ne comprenait pas que cette hypoesthésie⁹⁴ puisse venir de sa consommation d'alcool passée. Ce trouble sensoriel participait probablement à la perturbation de son appui bipodal. Je l'ai invité à utiliser davantage son pied droit dans ses déplacements avec son fauteuil pour favoriser son retour veineux et affiner sa conscience corporelle lors de ses déplacements. Par contre, elle pouvait percevoir la température des objets en contact avec ses pieds, surtout le froid. Nous nous sommes donc raccrochées à ce constat plus positif.

A la fin de chacune de nos séances, Mme Monet fumait une cigarette. Cela m'a permis d'observer sa manière de fumer. Elle fume très rapidement en inspirant très profondément la fumée. De l'extérieur son geste paraît très impulsif, compulsif⁹⁵

⁹¹ Dès le début, Mme Monet s'est intéressée à mon projet de mémoire et m'a beaucoup questionnée à ce sujet.

⁹² Dysesthésie : "*La dysesthésie est une diminution ou une exagération de la sensibilité.*" Selon <https://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/dysesthésie>

⁹³ Nociceptif : "*Se dit d'une douleur déclenchée par une agression de l'organisme (traumatisme, infection, inflammation, maladie...).* Les récepteurs sensibles à la douleur présents dans tout l'organisme, les nocicepteurs, donnent l'alerte et provoquent un message douloureux lorsqu'ils repèrent une situation nocive pour l'organisme." Selon <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/N/nociceptif>

⁹⁴ Hypoesthésie : "*Diminution d'un ou des différents types de sensibilité.*" Selon <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypoesth%C3%A9sie/41184>

même, comme s'il fallait rapidement qu'elle s'en débarrasse. Mme Monet reconnaît d'ailleurs qu'elle ne prend pas de plaisir lorsqu'elle fume.

Lors d'une autre séance, Mme Monet a pu verbaliser qu'elle n'arrivait pas à reprendre la proposition du scan corporel seule. Là encore, se pose la question du transfert, on ne fait pas jouer les mêmes choses lorsque l'on partage une séance avec un thérapeute et lorsque l'on tente seul l'expérience. Il fallait le travailler plusieurs fois ensemble pour qu'elle puisse se sentir suffisamment à l'aise avec cette proposition et éventuellement la reprendre seule. Sa manière de l'évoquer m'a donné l'impression qu'elle n'était pas très sensible à cette proposition. Je lui ai donc proposé pendant quelques séances un travail de conscience corporelle et d'expression corporelle plus dynamique, en restant au fauteuil, avec des musiques de son choix. L'idée pour moi à ce moment-là était de continuer à l'accompagner dans son investissement corporel mais aussi de travailler sur son rythme interne. Lui permettre de le conscientiser davantage et de le réexplorer pouvait peut-être modifier sa manière de fumer et de profiter davantage de ces moments.

Lors d'une séance au mois de février, je propose un échauffement mais elle demande à s'installer sur le plan bobath pour refaire le scan corporel. Elle choisit aussi d'écouter une musique de Corneil pendant ce temps de relaxation. Il ne s'agit pas vraiment d'une musique relaxante, mais Mme Monet écoute ce chanteur depuis longtemps et semble beaucoup s'identifier à lui (par rapport aux événements traumatiques qu'ils ont vécus). J'imagine qu'il s'agit d'un élément rassurant pour elle.

La séance se déroule en deux temps. Je lui propose d'abord de faire elle-même la visualisation et la mobilisation de l'ensemble de son corps avec juste ma voix pour la guider des pieds à la tête. Puis dans un second temps, je lui fais des pressions enveloppantes avec un ballon en suivant le même trajet (ce qui n'était pas le cas la première fois, la visualisation et les pressions se succédaient membre par membre). Je trouvais que faire la visualisation de l'ensemble du corps puis de revenir sur l'ensemble du corps avec les pressions permettait une meilleure appréciation de l'unité corporelle de Mme Monet. De plus, si elle s'endormait pendant les pressions (phase

⁹⁵ Compulsion : *“pulsion qui pousse à agir d'une certaine façon pour échapper à une angoisse ; envie pressante de faire ou de dire qqch (qui pourrait être mieux laissé non dit ou non fait)”* Selon <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/compulsion/fr-fr/>

“passive”), elle aurait malgré tout déjà eu une impression globale de son corps avec la visualisation.

Suite à cette séance Mme Monet a pu sortir de son état de relaxation plus progressivement que la première fois. Elle a aussi pu me dire qu'elle n'avait pas eu envie de fumer pendant tout le temps de la séance. Enfin, elle m'avait fait part en début de séance d'idées noires qui l'envahissaient et elle a pu me dire à la fin qu'elle s'était sentie bien pendant la relaxation car elle avait un peu oublié toutes ces pensées délétères.

A partir de ce moment, j'ai continué à lui proposer ce type de séance de relaxation en l'a faisant évoluer au fur et à mesure. J'ai proposé à Mme Monet de passer des pressions avec un objet médiateur à des pressions à mains nues donc avec une plus grande place du toucher thérapeutique⁹⁶. Cela m'a permis d'introduire des lissages⁹⁷, une fois que j'avais terminé les pressions, pour proposer une expérience plus unifiante. J'ai également pu lui proposer des mobilisations inspirées de la méthode de Relaxation activo-passive de H. Wintrebert⁹⁸. Mais à l'inverse de sa technique qui consiste à proposer d'abord des inductions proprioceptives et tactiles puis des inductions verbales pour que le sujet se relaxe plus activement⁹⁹, je proposais en premier des inductions verbales. Cela permettait à Mme Monet de faire un travail de visualisation et de mouvements qu'elle pouvait ensuite comparer aux ressentis des mobilisations passives que je lui proposais. J'avais remarqué que dans cet ordre Mme Monet s'endormait moins et était donc plus consciente et attentive à la séance. Elle même me disait qu'elle préférait les séances organisées ainsi.

En parallèle, j'ai progressivement intégré son visage dans la relaxation. Au départ je l'abordais seulement au moment de la visualisation de son corps. J'en suis

⁹⁶ "Le toucher thérapeutique est un contact cutané, direct (peau à peau) ou indirect (utilisation d'un élément intermédiaire) entre le psychomotricien et le patient" Selon <http://www.antalvite.fr/pdf/Le%20toucher%20therapeutique%20par%20le%20psychomotricien.pdf>

⁹⁷ Mes lissages correspondaient à des pressions glissées superficielles. Je partais de la racine de ses membres pour aller vers la périphérie.

⁹⁸ Relaxation activo-passive de Henry Wintrebert : relaxation développée au départ pour les enfants, qui part du constat de "la corrélation entre l'activité alpha (tracé de repos mental) et la décontraction qui se produit pendant le mouvement de relâchement musculaire, quand l'enfant abandonne toutes participation et résistance". (Guiose, 2007, p. 24)

⁹⁹ Guiose, 2007, p. 24

venue à lui proposer aussi du modelage pour terminer la relaxation. Par ailleurs, elle pouvait laisser une trace¹⁰⁰ (phrase, mot, dessin) sur ce qu'elle avait éprouvé pendant la séance ou sur son état psycho-corporel du moment.

Quelques semaines plus tard, Mme Monet m'a expliqué qu'elle avait la sensation de profiter davantage des moments où elle fumait. C'était aussi la première fois que je l'entendais évoquer du plaisir à fumer. J'ai effectivement constaté par la suite qu'elle paraissait bien plus disponible pour échanger, plus ouverte au niveau de sa posture et détendue que les fois précédentes.

Quelques semaines plus tard, lors d'une séance plus tardive que d'habitude, elle m'a demandé si elle pouvait fumer avant. J'ai alors remarqué qu'elle fumait comme au début de sa prise en soins, très vite, avec le buste fermé et penché en avant et des aspirations profondes et rapides. A la fin de la séance, elle a décidé de fumer à nouveau. Ce second "moment cigarette" était aux antipodes du premier. Mme Monet était à nouveau plus ouverte au niveau du buste, assise avec le dos plus relâché en arrière, elle avait une expression faciale sereine, était souriante et ses mouvements étaient plus lents et contrôlés avec des pauses plus longues entre chaque bouffée. Je n'ai pas eu l'idée de chronométrer ces deux moments mais je pense que le second a duré au moins le double du temps du premier. De plus, Mme Monet a pu prendre le temps de discuter avec moi tout en fumant, de manière tout à fait adaptée.

Je pense que cette différence de manière de fumer, selon le moment et notamment ce qui précédait les "temps cigarette" de Mme Monet, est révélatrice. Ce changement illustre une modification de son état intérieur, qui la rendait plus disponible à profiter de l'instant présent. J'y ai trouvé une "preuve" de l'intérêt pour elle du travail que nous menions ensemble.

Je reviendrai sur la fin de cette prise en soins lors de ma soutenance.

¹⁰⁰ Cf, *infra*, Annexe VII p. VIII

Ces suivis m'ont permis de découvrir des personnes différentes, avec chacune un rapport particulier à la cigarette et de développer des prises en soins distinctes elles aussi. Je retrouve malgré tout des points communs entre elles. Ces personnes présentaient (entre autres choses) des troubles ou une fragilité de leurs représentations corporelles. Par ailleurs, avec chacune d'elle, j'ai abordé la question de sa conscience corporelle. Par des propositions variées, nous avons cherché à éveiller, stimuler ou développer cette conscience du corps. Cela pouvait permettre aux résidents d'être progressivement plus à l'écoute de leurs ressentis et vécus corporels dans leur vie de tous les jours et peut-être, ainsi, de conscientiser davantage les effets ou leur état lorsqu'ils fumaient. A plus long terme, je me disais que cela pourrait permettre à certains de profiter un peu plus de ces moments s'ils ne souhaitaient pas changer leur consommation. Pour d'autres, l'intérêt était de découvrir d'autres ressources et manières d'éprouver certains des bénéfiques ressentis avec la cigarette pour s'en affranchir.

III Discussion autour de l'approche psychomotrice auprès des résidents fumeurs à la MAS

Mon mémoire porte sur la place de la cigarette à la MAS et sur les alternatives psychomotrices que l'on peut proposer aux résidents fumeurs. Je me suis donc intéressée à la manière dont la cigarette était perçue, considérée par le personnel et les résidents eux-mêmes, ainsi que sur ses potentielles alternatives. Je développerai donc les retours de certains membres du personnels (soignants, personnel administratif), puis je m'intéresserai à ce que certains résidents ont également pu formuler à ce sujet. J'évoquerai à chaque fois, les éléments de discussion et les liens que ces retours permettent d'établir par rapport à mon approche psychomotrice à la MAS. Je terminerai par une discussion plus globale sur l'ensemble de mon projet.

1 Point de vue des professionnels de la MAS

Lorsque j'ai commencé mon stage, je suis allée me présenter et expliquer mon projet de mémoire aux membres du personnel de pôle santé mentale. J'ai accompagné cette présentation d'un support écrit¹⁰¹. Par la suite, j'ai pu accéder au dossier de certains résidents, poser des questions aux soignants sur le nombre de cigarettes dont disposaient les résidents ou sur les horaires de distribution. A cette occasion, certains soignants m'ont fait part de leur agacement à devoir s'occuper des cigarettes, surtout lorsqu'ils n'étaient pas fumeurs eux-mêmes. Les temps de distributions de cigarettes pouvaient engendrer de la frustration voire de la colère chez certains résidents, par rapport à l'attente de leur cigarette. Cela se retournait parfois contre les soignants. Certains étaient donc fatigués de ce genre de situations même si toutes les distributions ne se passaient pas mal.

D'autre part, les soignants devaient parfois aussi intervenir dans des "petits trafics" entre résidents. Quelques-uns s'échangeaient des cigarettes contre des aliments ou d'autres produits. Régulièrement certains d'entre eux se plaignaient ensuite aux soignants, regrettant la transaction. De plus, certains résidents, au-delà de ces échanges, essayaient de voler ou de faire pression sur des résidents plus

¹⁰¹ Cf, *infra*, Annexe VIII p. IX

“vulnérables” pour obtenir ce qu’ils souhaitaient. Là encore, l’intervention des soignants pouvait être délicate, car ces pressions ne se pratiquaient pas devant eux.

En tant qu’observatrice extérieure, j’ai cherché à évaluer la place qu’avait la cigarette au sein de la structure. Rapidement, j’ai voulu échanger avec le personnel pour connaître leur point de vue. J’ai commencé par en discuter sur des temps informels, notamment avec ma tutrice de stage et certains soignants. Tous ne semblaient pas avoir le même avis, selon leur ancienneté ou s’ils étaient eux-mêmes fumeurs. Leurs formations et leurs parcours de vie orientaient également leurs manières d’aborder les résidents.

Ces échanges m’ont incité à proposer un questionnaire destiné aux membres du personnel de la MAS. J’ai donc rédigé un questionnaire¹⁰² d’une dizaine de questions, six portaient sur la cigarette à la MAS vu par les professionnels et d’autres situaient les professionnels (profession, temps travaillé en psychiatrie, fumeurs ou non).

Finalement, j’ai reçu quatorze retours sur les soixante-dix personnes travaillant à la MAS. La plupart des personnes qui m’ont transmis leur réponse sont celles à qui je l’avais donné en main propre. Sans doute se sont-elles senties plus concernées dans la mesure où je venais en personne leur préciser ma démarche. Les interprétations que je pourrai faire de ces retours prêtent donc à caution de part ce nombre réduit de réponses.

J’ai eu le retour de quatre aides-soignants (AS), deux infirmiers, une aide médico-psychologique (AMP), une éducatrice spécialisée, une psychomotricienne, un EAPA, deux ergothérapeutes, une cadre de santé et une secrétaire.

J’ai ensuite cherché à analyser ces différents retours, pour voir si les réponses étaient homogènes et surtout si elles se recoupaient avec mes propres observations et hypothèses. Pour les questions qui s’y prêtaient j’ai réalisé trois graphiques afin de différencier d’une part la catégorie professionnelle (premier graphique), d’autre part l’ancienneté (deuxième graphique) et enfin la consommation personnelle de tabac (troisième graphique). Globalement, je me suis rendue compte que les temps de

¹⁰² Cf, *infra*, Annexe IX p. X-XI

carrière en psychiatrie (moins de cinq ans pour neuf personnes, entre cinq et dix ans pour une personne, ou plus de quinze ans pour quatre personnes) n'induisent pas de réponses différentes. Je ne me suis donc pas intéressée à ce deuxième graphique lorsque j'ai analysé les réponses de mon questionnaire. L'ensemble de ces graphiques et des réponses que j'ai analysé figurent en Annexe¹⁰³.

Les retours apportés par ce questionnaire m'ont permis de mieux cerner la vision que le personnel avait de la place de la cigarette dans la MAS pour la comparer à celle que je m'étais faite par l'observation.

Dans l'ensemble tous les professionnels reconnaissent que la cigarette occupe une place importante dans la structure.

Je me suis particulièrement intéressée aux dernières questions de ce questionnaire, car elles portaient sur les besoins que la cigarette pouvait combler chez les résidents. Je souhaitais savoir si les professionnels envisageaient des moyens alternatifs à la cigarette de manière à réduire sa place.

En l'occurrence, les besoins énoncés par les professionnels correspondent, pour la plupart, à ceux que j'ai moi-même relevés. On retrouve la *recherche d'occupations*, mais en psychomotricité nous n'avons pas pour objectif de faire de l'occupationnel. Pour y répondre, certains professionnels proposent dans le questionnaire d'organiser davantage de sorties et de proposer des activités sportives plus fréquentes et variées que celles proposées actuellement.

Concernant le *repère temporel* que constitue la cigarette dans la journée des résidents, il était compliqué pour moi de travailler dessus dans la mesure où j'étais très peu présente dans la semaine. J'ai tout de même cherché à proposer des séances régulières aux résidents que je voyais pour qu'ils puissent se repérer dans la semaine afin que nos séances s'intègrent dans un cadre défini avec eux. Ces deux premiers besoins, selon moi, sont à traiter à l'échelle de la structure et dans une perspective pluridisciplinaire. Je ne pouvais pas beaucoup influencer dessus.

¹⁰³ Cf, *infra*, Annexe X p. XII-XXII

Le troisième besoin repéré est la recherche de *détente*. A ce sujet, deux soignants soulignent dans leurs réponses que l'on peut proposer de la relaxation ou de la sophrologie aux résidents. Je pense que c'est l'élément sur lequel j'ai pu le plus travailler lors des prises en soins. Parmi les résidents que j'ai rencontrés régulièrement, j'ai proposé des séances de relaxation à Marianna Monet¹⁰⁴ qui visaient directement un relâchement musculaire et une détente psychique. Avec Damien Lemont, je recherchais aussi une détente mais à travers des propositions plus dynamiques (des mouvements inspirés de gym douce ou de yoga, un travail autour de la respiration et de la voix inspiré de techniques de sophrologie, etc.). J'ai d'ailleurs eu l'occasion de constater les effets de cette détente sur la consommation des résidents. Mme Monet, par exemple, était beaucoup plus relâchée et disponible lorsqu'elle fumait après notre séance qu'avant ce temps de relaxation.

En psychomotricité nous ne recherchons pas le *plaisir*¹⁰⁵ coûte que coûte. Nous travaillons davantage dans l'optique de trouver un *confort*. Cependant, le fait que nos patients puissent en trouver au cours des séances que nous leur proposons favorise l'alliance thérapeutique et leur engagement dans le suivi. Je pense que cela a été le cas lors de mes suivis car les résidents ont accepté de me voir régulièrement, certes pour m'aider dans mon projet, mais aussi parce qu'ils y trouvaient eux même un bénéfice dont ils ont pu me faire part au cours de nos séances. Cette recherche de plaisir ou de confort n'est pas propre à la psychomotricité, les résidents peuvent en éprouver dans de nombreuses autres situations ou activités.

Il en va de même, selon moi, pour permettre aux résidents de *partager* davantage. Si on veut promouvoir l'échange entre eux, il serait intéressant de favoriser davantage les activités, ateliers et sorties en groupe. Lors de mon stage je n'ai pas proposé de séances de groupe, car, comme j'ai pu le développer dans la partie sur

¹⁰⁴ L'anonymat des résidents a été maintenu grâce à l'usage de pseudonymes.

¹⁰⁵ Plaisir : "Ce qui plaît, divertit, procure à quelqu'un ce sentiment agréable de contentement." Selon <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/plaisir/61343>. En effet, lorsque je parle de plaisir dans cette partie, je fais principalement référence au fait de ressentir de la joie et d'éprouver une forme de légèreté. Ces émotions peuvent-être difficiles à retrouver pour certains résidents accueillis à la MAS depuis longtemps et pris dans une forme de routine.

mes observations clinique, cette recherche d'échanges ne m'était pas apparue prégnante chez les résidents.

Pour finir, je me suis dit *a posteriori*, que les autres propositions de besoins auxquels la cigarette pouvait répondre formulés dans mon questionnaire (à savoir *stimuler la zone orale* et *rechercher une forme d'intériorité*) n'était pas forcément des concepts évidents à comprendre ou à se représenter sans avoir eu de formation à ce sujet. Je ne suis donc pas très surprise que ces pistes, plus sensorielles et psychologiques, aient moins fait consensus.

Cependant, en ce qui me concerne, je trouve que ces recherches de sensorialité et d'intériorité sont étroitement liées au tabagisme. Je les rapproche du concept d'enveloppe corporelle développée par D. Anzieu, dans *Le Moi-peau*. Selon lui :

“L’infans acquiert la perception de la peau comme surface à l’occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère et dans le cadre d’une relation sécurisante d’attachement avec elle. Il parvient ainsi non seulement à la notion d’une limite entre l’extérieur et l’intérieur mais aussi à la confiance nécessaire à la maîtrise progressive des orifices, car il ne peut se sentir en confiance quant à leur fonctionnement que s’il possède par ailleurs, un sentiment de base qui lui garantisse l’intégrité de son enveloppe corporelle.”¹⁰⁶

On peut rapprocher cette étape de construction de l'enveloppe corporelle du tout petit avec la recherche sensorielle d'intériorité du fumeur. Dans ce cas, la fumée de cigarette permet de jouer sur le passage entre le dedans et le dehors, le chaud et le froid mais aussi entre l'invisible et le visible (air inspiré invisible / fumée expirée), le mouvement et l'arrêt (apnée inspiratoire) qui (re)marque l'enveloppe corporelle du fumeur. De plus, l'obturation de l'orifice buccal permet le contrôle des entrées et sorties de la fumée. Cette maîtrise peut être source de satisfaction pour le fumeur. La fumée devient alors un média et un révélateur du souffle qui permet de conscientiser la respiration. Enfin, la distribution de cigarettes, très standardisée à la MAS, garantit le cadre et la relation sécurisante dont parle Anzieu entre la mère et l'enfant. En effet,

¹⁰⁶ Anzieu, 1995, pp. 59-60

ce protocole assure une administration des cigarettes quasi médicale (avec une posologie : nombre de cigarettes par prises, horaires définies) qui retire des éléments anxigènes retrouvés classiquement dans les addictions (insécurité, culpabilité, excès). Il sécurise ainsi la consommation des résidents.

Là aussi un travail psychomoteur centré sur l'exploration de l'enveloppe corporelle et de manière plus générale sur la contenance pourrait renforcer la perception des limites du corps des résidents. Cette proposition s'étayerait sur une expérimentation sensorielle de l'enveloppe du corps dans le cadre d'un suivi régulier instauré dans une relation de confiance.

2 Echanges et approche(s) proposés aux résidents

2.1 Retours des résidents

Au cours de mon stage et de l'élaboration de mon mémoire, je me suis demandé s'il serait pertinent de proposer un questionnaire général aux résidents du pôle Santé mentale, sur le même principe que celui proposé aux professionnels. Je ne savais pas si cela était abordable pour eux, j'ai donc commencé par poser quelques questions (prise dans le questionnaire de l'équipe de la MAS) à l'oral à certains résidents.

Je me suis vite aperçue qu'il n'était pas possible pour eux de prendre en compte la place de la cigarette à la MAS de manière générale. Ils pouvaient par contre parler de leur consommation et de leur vécu subjectif. C'est à cette occasion que l'une des résidentes m'a parlé du rituel de distribution des cigarettes qu'elle trouvait très long. Elle a ajouté : "*On doit faire tout ça et après on fume notre cigarette en 2 minutes et c'est fini. Vous vous rendez compte ?*". Elle semblait attristée par ce constat.

Je me suis donc abstenue de proposer un questionnaire supplémentaire, cela ne me semblait pas adapté pour les résidents. Par contre, au cours de mon stage, j'ai pu proposer un entretien-bilan aux trois résidents que j'ai suivis régulièrement. J'ai aussi eu l'occasion de le proposer à d'autres résidents même s'il n'a pas débouché sur un suivi. Ces résidents n'y voyaient pas d'intérêt pour eux. Sur des temps

informels, j'ai également pu échanger avec d'autres résidents sur leur tabagisme à la MAS. Ces échanges m'ont permis de mieux cerner les problématiques que pouvaient rencontrer les résidents fumeurs et leur rapport personnel à la cigarette.

Beaucoup de résidents se plaignent de ne pas avoir suffisamment de cigarettes pendant la journée, mais aussi la nuit. L'un des résidents avait justement obtenu de fumer certaines de ses cigarettes la nuit. Or, une résidente, l'avait appris et souhaitait bénéficier de la même organisation. Je m'intéressais à sa consommation et elle en a profité pour me formuler cette demande, mais je ne pouvais pas y répondre moi-même. J'ai donc essayé de l'orienter vers l'éducatrice spécialisée mais elle n'a jamais pris l'initiative d'en discuter avec cette professionnelle. Finalement, c'est moi qui est prévenue l'éducatrice pour les mettre en lien. En effet, il était difficile pour les résidents de s'adresser au professionnel compétent pour une mission particulière. Nos fonctions n'étant pas toujours claires pour les résidents, certains n'arrivaient pas à différer leurs demandes. Il me semblait donc judicieux d'échanger avec les autres professionnels pour relier nos approches avec les informations dont nous disposions.

Un autre résident, a pu me parler de l'inquiétude liée à sa consommation de tabac. Il avait peur de faire un infarctus. J'ai eu l'impression qu'il cherchait à se rassurer là-dessus à travers notre échange. Il s'intéressait aussi à la cigarette électronique de Damien, se demandant s'il ne pourrait pas en avoir une aussi avant de finalement décréter que c'était trop cher pour lui. C'était peut-être aussi une manière d'éviter les démarches pour en demander une. Avoir à formuler une demande et attendre qu'elle soit prise en compte peut être trop long et frustrant pour certains résidents. En l'occurrence ce résident avait beaucoup de mal à différer¹⁰⁷ ses demandes.

Globalement, j'ai trouvé que la plupart des résidents avaient beaucoup à dire sur leur addiction. Les éléments qui revenaient en premier étaient leurs difficultés financières. Les risques sur leur santé n'arrivaient que dans un second temps et seuls un ou deux pouvaient formuler une réelle inquiétude à ce sujet. Enfin, j'ai remarqué que beaucoup de résidents de la MAS se comparaient les uns aux autres, les deux exemples précédents l'illustrent. En effet, la vie en collectivité peut amener à ce genre

¹⁰⁷ Synonyme de reporter

d'attitude. Ces comparaisons pouvaient être porteuses et permettre à certains résidents de faire ou de demander des choses auxquels ils n'auraient pas forcément pensé ou servir à appuyer une demande personnelle. Dans certains cas, elle pouvait aussi être source de tensions entre les résidents.

Un résident, à la fin de notre entretien, a été très étonné d'apprendre que je ne fumais pas. Il m'a alors proposé une de ses cigarettes. J'ai été touché par sa proposition ; il était prêt à se priver pour moi. Cet homme était né dans une famille de fumeurs et vivait à la MAS depuis plusieurs années, où une majorité de résidents fument dans son pôle. Pour lui c'était donc tout à fait normal d'avoir une consommation de tabac régulière et c'est au contraire les personnes non-fumeuses qui le surprenaient. Pour autant il n'est pas le seul résident pour qui ce soit le cas, Damien par exemple était dans la même situation et a finalement choisi d'arrêter de fumer. On peut donc s'interroger sur sa manière de concevoir le tabagisme. Un travail avec lui d'ouverture et de réexploration corporelle aurait été intéressant, mais lorsqu'il a constaté que je ne pourrai pas le faire sortir de la MAS pour aller boire une bière¹⁰⁸, il a décliné ma proposition de se revoir.

Pour finir, je n'ai pas posé de question aux résidents non-fumeurs du pôle Santé mentale sur leur propre vécu de la cigarette à la MAS. Ils sont peu nombreux et la plupart d'entre eux n'ont pas accès à une forme de communication ou sont très délirants ce qui rend le dialogue difficile. Cependant il aurait été intéressant d'avoir également leur avis à ce sujet, car si la cigarette prend beaucoup de place dans la vie des résidents fumeurs et des professionnels, on peut supposer qu'elle ait aussi un impact pour les résidents non-fumeurs. J'y reviendrai lors de ma soutenance si j'arrive à recueillir l'avis de certains de ces résidents.

¹⁰⁸ En raison de la crise sanitaire de nombreuses sorties n'ont pas pu avoir lieu. C'est le cas pour ce résident qui sortait régulièrement en temps normal, mais n'était plus autorisé à le faire au moment de cet entretien. Je pense qu'il espérait que la réponse change en demandant à une nouvelle personne. Sa remarque n'était donc pas à interpréter comme une avance ou autre.

2.2 Perspective d'autonomisation des résidents

En commençant mon stage à la MAS, je pensais que j'aurais davantage l'occasion de travailler sur l'autonomie des résidents que je rencontrerais. Ma faible présence dans la semaine et sur une période relativement restreinte (sept mois avec quelques interruptions) appelait à rechercher et promouvoir une autonomie chez les résidents que je voyais. C'est également ce que me conseillaient plusieurs professionnels. Cependant, je me suis vite rendue compte que c'était très difficile pour les résidents. Et surtout il fallait prendre en compte leur propre avis. Ils ne voulaient pas forcément retravailler seuls ce que nous avons abordé en séance, cela ne faisait pas forcément sens pour eux.

Par ailleurs, je savais en commençant mon stage qu'il s'écoulerait rapidement et que je ne pourrai pas voir tous les résidents chaque semaine. Cependant, les résidents ne pouvaient pas accéder à cette anticipation et n'étaient donc pas forcément dans la même optique que moi. En pensant dès le départ à leur autonomie, je me projetais déjà dans la fin de mon travail avec eux, alors que je n'en étais qu'au début. J'ai donc laissé de côté cette question de l'autonomisation dans un premier temps et ai fait en sorte que mes propositions aient du sens pour les résidents et qu'ils puissent déjà se les approprier dans l'instant présent.

Au fil de mes suivis, je me suis aperçue que les résidents faisaient des liens entre les différentes prises en soins qui leur étaient proposées. Ils pouvaient me dire qu'ils avaient déjà travaillé sur telle thématique ou réaliser telle proposition au cours d'un autre suivi.

J'ai assimilé cette appropriation à une forme d'autonomisation. Certes les résidents ne reprenaient pas seuls les propositions ou techniques que nous travaillions ensemble mais ils pouvaient les reconnaître et les évoquer. L'idée de permettre aux patients de prendre part aux séances et aux soins est d'ailleurs développée par B. Gentric dans l'article *Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques* publié dans la revue *Après-demain*.

“L’autonomisation est le fruit d’une confrontation entre la connaissance expérientielle du malade et celle objective du médecin qui doit permettre de prolonger le processus de réflexion sur soi qu’il a engagé lui-même et le rendre conscient des choix dont il dispose.

L’expérience douloureuse et critique de la maladie chronique s’enracine dans le vécu du patient et le contraint à se mobiliser pour mettre en place des stratégies d’adaptation et d’innovation. Elle légitime donc sa participation en tant que partenaire qualifié par l’expérience à la coproduction des soins de santé.”¹⁰⁹

Je n’ai pas cherché à travailler directement sur l’autonomisation des résidents durant nos séances, mais ils avaient justement la liberté de faire des choix, de les explorer à leur manière et de faire eux aussi des propositions. Progressivement les résidents s’en sont saisis. J’en conclus que l’autonomisation n’est pas forcément un processus que l’on travaille consciemment, il peut se tisser au fur et à mesure des liens proposés et des expériences vécues.

3 Discussion générale

3.1 Méthodologie et forme du mémoire

J’ai commencé à réfléchir et à écrire ce mémoire en pensant qu’il s’agirait d’un mémoire de recherche. En effet, je pensais qu’en traitant un sujet qui (à ma connaissance) n’avait pas encore été abordé en psychomotricité, je me retrouvais directement dans le champ de la recherche. Par la suite, je me suis aperçue que c’était en réalité le questionnement et la méthodologie choisie qui déterminent si l’on est dans un mémoire de recherche ou un mémoire dit “classique” (théorico-clinique ou clinico-théorique).

Au départ, j’ai donc proposé des questionnaires ou des entretiens aux professionnels de la MAS comme aux résidents pour avoir leur point de vue sur la cigarette afin d’orienter mon travail et mes propositions à la MAS. Par la suite, j’ai

¹⁰⁹ Gentric, 2017

pensé proposer l'entretien-bilan que j'avais fait passer aux résidents à d'autres personnes fumeuses mais ne souffrant pas d'autres pathologies psychiatriques. Je souhaitais comparer qualitativement leurs réponses à celles des résidents de la MAS et voir s'il y avait des différences ou des similitudes notables dans la manière dont ils percevaient leur addiction.

La MAS où j'ai réalisé mon stage est située près d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) addictologie qui dépend du même centre hospitalier. Ce service accueille des personnes qui souhaitent être accompagnées dans leur sevrage de l'alcool, principalement, sur une durée qui va de quelques semaines à quelques mois. Cependant, un grand nombre de ces personnes présentent d'autres addictions que l'alcool. Et en l'occurrence, l'addiction au tabac est très fréquente.

Avec l'aide de ma tutrice de mémoire, j'ai formulé une demande pour aller quelques heures dans ce service d'addictologie proposer mon entretien aux patients. Finalement ce projet a été refusé par l'administration en charge des stagiaires. Mon entretien ne lui convenait pas, d'autant plus que je présentais à l'époque mon mémoire comme un travail de recherche. Cette administration souhaitait que je modifie mon entretien pour éventuellement le proposer ensuite. Pour moi, proposer des questions différentes aux personnes en addictologie qu'aux résidents de la MAS perdait de son sens. J'ai donc décidé de ne pas proposer cet entretien et de rester plus focalisée sur la MAS. Suite à cela je me suis davantage interrogée sur les différentes formes de mémoire. J'ai compris alors que mon projet n'était pas un mémoire de recherche.

3.2 Approche holistique en psychomotricité

Lorsque j'ai démarré mon stage j'avais déjà une idée du sujet de mémoire que je souhaitais traiter. Par ailleurs, je pense que j'étais un peu inquiète de démarrer ce stage aussi tard¹¹⁰ et d'être présente¹¹¹ peu de temps dans la structure. Je suis donc très rapidement « rentrée » dans le vif de mon sujet. J'essayais de prévoir et d'organiser le nombre de rendez-vous ou d'entretiens que j'allais faire en prévoyant des horaires pour chaque résident. J'avais intégré la plupart des items psychomoteurs

¹¹⁰ J'ai démarré ce stage en novembre 2020.

¹¹¹ Une demi-journée par semaine

à mon entretien-bilan et mes observations les prenaient également en compte, mais durant les premières semaines, j'ai observé et pensé les résidents principalement sous le prisme de leur addiction.

Au cours de mes séances, je m'attachais aux sensations, à la sensorialité présente dans l'acte même de fumer. Je cherchais à faire exister les régions corporelles impliquées dans ce geste et les faire ressentir autrement que par la cigarette aux résidents. Je me suis donc concentrée sur la respiration, la voix, les vibrations vocales et les percussions corporelles pour éveiller leur bouche, leur gorge et leur thorax, et pour aborder autrement la rythmicité que l'on retrouve dans le geste de fumer.

Au bout de quelques semaines, je me suis rendue compte que ces propositions, qui adhéraient à l'acte de fumer, devenaient difficiles à renouveler et perdaient un peu de leur sens. En effet, en quelques séances j'avais l'impression d'avoir fait le tour de ce que je pouvais leur proposer là-dessus sans avoir avancé ou permis d'ouvrir ou d'apporter une nuance dans la manière de fumer ou de concevoir l'acte de fumer des résidents qui s'étaient prêtés à mon projet.

J'ai alors commencé à m'octroyer des moments d'observations pures sans chercher à remplir coûte que coûte la matinée que je passais à la MAS. J'ai d'ailleurs trouvé intéressant de n'avoir parfois qu'un seul rendez-vous programmé dans la matinée et de passer le reste du temps avec les résidents qui le souhaitaient pour échanger avec eux sur des temps informels.

Au fur et à mesure, la manière dont je concevais mon projet et mes séances a évolué. Je me suis progressivement détachée de la cigarette et de l'acte de fumer en tant que tel, pour revenir à une conception plus holistique des résidents et de leurs difficultés et besoins. Je cherchais aussi à comprendre, au-delà de la dépendance, ce que les résidents fumeurs recherchaient dans cette addiction (ou dans le fait de l'arrêter dans le cas de Damien). Ces problématiques étaient beaucoup plus globales et ne se résumaient pas seulement à l'addiction. C'est ainsi que j'ai pu constater la recherche de valorisation de Damien dans son rapport et ses échanges avec les autres ou la recherche de détente et le besoin de réinvestissement corporel de Mme Monet.

A ce sujet, je me souviens qu'au début de notre suivi Mme Monet m'avait demandé si on ne pourrait pas travailler sur "*autre chose*" que la cigarette (pour reprendre ses termes). Elle m'avait proposé un compromis : faire des cycles de trois séances sur la cigarette, puis une séance sur un autre thème dont elle pourrait choisir la médiation¹¹². Elle me faisait peut-être sentir par-là que mon projet ne l'intéressait pas directement. Finalement, nous n'avons pas eu à mettre en place ce cycle. Je pense que sa remarque est arrivée au moment où je commençais à prendre plus de distance par rapport à l'addiction en tant que telle.

Par ailleurs, parmi les résidents que j'ai suivis, un seul était dans une démarche de sevrage. Les autres résidents ne souhaitaient pas changer leur consommation. Il me semblait donc important de prendre en considération cet aspect et de leur proposer un travail psychomoteur qui intègre l'addiction dans une perspective plus globale.

A partir de là, mes séances se sont donc axées autour des problématiques que j'avais identifiées chez les résidents. Leur tabagisme et la place colossale qu'il occupait dans leur vie pouvaient, selon moi, résulter de ces troubles. Cela m'a amené à émettre l'hypothèse que le tabagisme ne soit plus seulement une maladie mais un symptôme ou une expression d'un mal-être plus ancien et plus profond. Cette hypothèse renforçait ma volonté de ne plus travailler directement sur l'addiction mais sur l'une de ses causes potentielles, qui par la suite pourra diminuer le mal-être et peut-être atténuer également le symptôme.

Ce nouveau "fil rouge", différent pour chacun des résidents que je suivais, m'a permis de leur faire des propositions plus riches et variées qui m'ont aussi permis de mieux connaître ces personnes et ainsi de faire évoluer mon projet thérapeutique pour elles. Ce projet s'est donc développé en parallèle des nouveaux éléments que j'observais chez eux.

Je trouve intéressant d'expliquer ce cheminement car il m'a permis de faire l'expérience de ce qu'est réellement une approche holistique et d'apprendre à la développer.

¹¹² Médiation : "[L]a médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. La médiation, qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe." Selon <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations1/POLY.Mini.5.html>

3.3 Intérêt de l'approche psychomotrice

Pour finir, nous avons pu observer, à travers ces différents questionnaires, entretiens et les observations et cas cliniques présentés, que la cigarette à la MAS répond à des besoins très différents selon les résidents et selon les moments qu'ils traversent. Or nous avons constaté que la psychomotricité pouvait aussi répondre, à sa manière, à un certain nombre de ces besoins. En effet, nous pouvons proposer d'autres repères spatio-temporels et d'autres explorations rythmiques que ceux donnés par la cigarette et qui peuvent être complémentaires. Nous sommes également formés à des méthodes visant à rechercher une détente tant corporelle (relâchement tonico-musculaire) que psychique (relâchement tonico-émotionnel). Nous pouvons aussi proposer des ateliers de groupe qui permettent des moments d'échanges et de partage entre les patients. Nos séances peuvent nourrir les patients en recherche d'expériences sensorielles, les aider à développer et symboliser leurs ressentis lorsqu'ils n'arrivent pas à le faire eux-mêmes. Ce travail de symbolisation des ressentis et vécus de nos patients pour les leur retourner sous une forme plus représentée et accessible pour eux, me rappelle la Fonction Alpha¹¹³ développée par Bion. On peut supposer que certains patients aient encore besoin d'aide pour interpréter et comprendre ce qu'ils vivent et ressentent. C'est alors au thérapeute d'incarner cette fonction de symbolisation.

La psychomotricité propose un accompagnement vers une réexploration et un réinvestissement de leurs représentations corporelles qui peuvent progressivement s'appuyer sur de nouveaux repères plus solides et durables que le bénéfice à court terme de la cigarette.

Enfin, nos séances, qu'elles se fassent en individuel ou en groupe, mobilisent nos patients au niveau relationnel et émotionnel. Nous les amenons à explorer certaines de leurs émotions, à essayer de les conscientiser et de les verbaliser pour

¹¹³ Fonction Alpha de Bion : Selon lui, cette fonction incombe au parent. Celui-ci va nommer les éléments bruts que vit le bébé (état de tension plus ou moins important, etc.), appelés éléments bêta. Dans un second temps, il va y donner le sens que l'enfant n'est pas encore en mesure de trouver et de comprendre seul (exemple : "c'est parce que tu as faim, je vais te donner à manger"). Ce retour correspond à des éléments alpha. Progressivement l'enfant va pouvoir se saisir de ces explications et symbolisations (mots donnés par son parent qui vont progressivement prendre sens) et apprendra à les produire seul.

mieux les comprendre et se les approprier. Cela peut passer par des moments difficiles, amenant parfois de l'incompréhension, de la tristesse ou de la colère, mais cela peut aussi amener de la joie et du confort.

Ainsi, nous pouvons en conclure que l'approche psychomotrice peut être pertinente dans l'accompagnement de personnes voulant se sevrer ou réduire leur tabagisme. Enfin, même si la personne ne remet pas directement en question son addiction, il reste intéressant d'établir un travail psychomoteur avec elle pour l'accompagner dans une meilleure conscientisation de son tabagisme. De cette manière, la personne pourra peut-être se rendre compte que d'autres moyens que la cigarette permettent d'accéder à des effets similaires.

A mes yeux, ce projet sur la cigarette a permis une rencontre puis une accroche avec ces résidents. En effet, pour certains d'entre eux il était difficile de s'investir dans un suivi, dans la durée. Ce projet sur la cigarette avec l'idée d'échanger avec les résidents qui avaient plus à m'apprendre que l'inverse, leur a permis, je crois, de s'investir et de trouver leur place dans ce travail avec moi.

CONCLUSION

A travers cet écrit, je me suis d'abord interrogée sur l'intérêt des résidents à fumer, au-delà de la dépendance. J'ai pu observer, grâce aux questionnaires des professionnels, aux entretiens des résidents et aux suivis et observations cliniques présentés, que les résidents de la MAS cherchent à répondre par cette addiction à des besoins variés. J'ai également constaté que certains de ces besoins relèvent de troubles de leur développement psychomoteur affectant notamment leurs représentations corporelles.

Cependant, si le tabagisme soulage ces troubles en modifiant l'état psychocorporel des résidents, la dépendance qu'il génère les entretient également. La cigarette constitue alors une réponse à court terme à ces troubles, mais elle ne les résout pas. Cela m'amène à la seconde partie de ma problématique ; la psychomotricité peut-elle combler certains de ces besoins ?

Parmi les besoins constatés, la recherche de repères spatio-temporels, de détente, de stimulations sensorielles ou encore de contenance, auquel semble répondre le tabagisme, peuvent également être abordés au cours d'une approche psychomotrice. Pour y répondre, le psychomotricien peut proposer l'exploration d'autres repères, des techniques d'impression ou d'expression corporelles visant les relâchements tonico-musculaire et psychique (comme la relaxation, le yoga, le mime ou la danse). Il peut également permettre des explorations et des stimulations autour de la sensorialité et des limites du corps des sujets afin de redéfinir leurs enveloppes corporelles lorsqu'elles sont défaillantes ou de leur permettre d'envisager leurs corps plus sereinement et positivement, tout en favorisant leur agentivité¹¹⁴.

Ces propositions psychomotrices abordent les représentations corporelles de la personne. Elles permettent d'en explorer les failles et d'apprendre progressivement à les compenser.

¹¹⁴ "L'agentivité renvoie à la conscience subjective que nous avons de causer volontairement nos actions, d'en contrôler le cours et d'en maîtriser les effets. Elle constitue ainsi une composante importante de la conscience de soi, jouant un rôle essentiel dans la compréhension que nous avons de nous-mêmes comme des agents actifs de notre propre vie et, comme tels, responsables de nos actes." Selon https://www.universalis.fr/encyclopedie/neurosciences-cognitives-et-agentivite/#i_56986

Pour conclure, la cigarette permet un soulagement immédiat et sans effort à ces besoins ou troubles. Mis à part la dépendance, l'approche psychomotrice peut constituer une alternative à la cigarette dans le sens où elle peut répondre à une partie de ces besoins mais elle nécessite un investissement personnel du sujet et ses effets s'inscrivent davantage dans la durée. Sa mise en place nécessite donc une motivation importante du sujet ce qui n'est pas toujours le cas des patients en psychiatrie. La psychomotricité ne peut donc pas "remplacer" la cigarette, mais je pense qu'elle a toute sa place dans une prise en soins pluridisciplinaire, formalisée dans le projet personnalisé du sujet, pour accompagner une démarche de sevrage ou de réduction du tabagisme.

Tout au long de ce travail, je n'ai pas cherché à juger le tabagisme des résidents ou sa place dans l'institution, mais avant tout à comprendre la raison de son importance et son intérêt à la MAS et dans la vie des sujets. Pour cela ma réflexion s'est appuyée sur mes observations et les nombreux questionnements qu'elles soulevaient. Je pense que cela a fait évoluer mon regard sur la cigarette à la MAS car j'ai progressivement compris à quels nombreux besoins elle répondait. Cependant je n'arrive toujours pas à m'expliquer que la cigarette soit aussi peu remise en question dans les structures psychiatriques.

Sans chercher à la remplacer coûte que coûte, je pense que davantage d'alternatives et de prévention pourraient être proposées aux résidents, leur permettant ainsi de se questionner sur leur propre consommation et d'avoir connaissance des moyens à leur disposition s'ils souhaitaient se sevrer.

Ces réflexions m'ont finalement montré l'importance de rester vigilant au fonctionnement d'une structure dans laquelle on prend pour autant l'habitude de travailler. Il faut continuer de se questionner sur son utilité, pourquoi et quand cette organisation a-t-elle été mise en place ? A qui profite-t-elle ? N'existerait-il pas des alternatives ?

Ma position d'étudiante a favorisé cet "étonnement" salutaire. Avec le temps, je vais progressivement gagner en expérience, ce qui présente de nombreux avantages

mais expose aussi à moins facilement remettre en question ses pratiques et l'organisation à laquelle on est habitué.

Il me semble donc important de cultiver cet aspect dans mon approche psychomotrice à venir.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Dunod.

Chambon, J. & Couteron, J-P. (2019). Les sociétés et les drogues. Dans Morel, A. & Couteron, J-P. (dirs), *Aide-mémoire Addictologie*. (pp. 119-133). Dunod.

Conein-Gallard, S. (2011). *L'art du mime adapté à la psychomotricité*. Le souffle d'or.

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. 311-326). Dunod.

Couteron, J-P. (2019). Les sociétés et les drogues. Dans Morel, A. & Couteron, J-P. (dirs), *Aide-mémoire Addictologie*. (pp. 15-24). Dunod.

D'Ignazio, A. & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.

Freud, S. (2014). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Payot & Rivages.

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures de France.

Mekaoui, L. (2015). Le tabac. Dans : Toubiana, E-P. (dir), *Addictologie clinique*. (p. 386). Presses Universitaire de Franc.

Pr Dautzenberg, B. (2010). *Le tabagisme de la clinique au traitement*. Dunod.

Articles

Gentric, B. (2017). Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques. *Après-demain*, 2(2), 42-44. <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0042>

Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Vénisse, J. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ?. *Archives de politique criminelle*, 1(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>

Autres sources bibliographiques

Ameli. (2020, 29 décembre). *Substituts nicotiques*. Ameli.fr.

Consulté le 31 mars 2021 sur

<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiniques/substituts-nicotiniques>

Giorgio, M-T. (2019, 20 octobre). *Classement des troubles mentaux DSM 5*. AtouSanté.

Consulté le 6 février 2021 sur

<https://www.atousante.com/aptitude-inaptitude/aptitude-travail-pathologie/troubles-mentaux/classement-troubles-mentaux/>

Inserm. (2020, 11 septembre). *Addiction du plaisir à la dépendance*. Inserm.

Consulté le 8 février 2021 sur

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>

Ministère des Solidarité et de la Santé. (2015, 2 novembre). *L'interdiction de fumer dans les lieux publics*. Ministère des Solidarités et de la Santé.

Consulté le 7 février 2021 sur

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-interdiction-de-fumer-dans-les-lieux-publics>

Nicorette. (2019, 17 septembre). *Le tabac en chiffre*. Nicorette.

Consulté le 8 mai 2021 sur

<https://www.nicorette.fr/comprendre-le-tabagisme/le-tabac-en-chiffres>

OFDT. (2019, juin). *Ventes de tabac et de cigarettes Evolution depuis 1990*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Consulté le 2 mars 2021 sur

<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>

OMS. (2013). *Santé mentale*. Organisation Mondiale de la Santé.

Consulté le 6 février 2021 sur

https://www.who.int/topics/mental_health/fr/

Passeport Santé. (2011, juillet). *Le tabagisme (Sevrage du tabac)*. Passeport Santé.

Consulté le 24 janvier 2021 sur

https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=tabagisme_pm

Salomon, L. (2016, 18 novembre). *Drogues, circuit de la récompense et dopamine*. Futura Santé.

Consulté le 6 avril 2021 sur

<https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-drogues-effets-dependance-961/page/9/>

Santé publique France. (2019, 10 septembre). *La législation contre le tabac en France : tabagisme*. Santé publique France.

Consulté le 31 mars 2021 sur

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/la-legislation-contre-le-tabac-en-france-tabagisme>

Stop-tabac.ch. (2021, 29 avril). *E-cigarette de type vaporisateur (e-liquide)*. Stop-tabac.ch.

Consulté le 7 mai 2021 sur

<https://www.stop-tabac.ch/fr/la-cigarette-electronique-sommaire>

Unof.org. (2018). Acheter Champix pour arrêter de fumer : Prix, posologie, effets secondaires. Unof.org.

Consulté le 5 avril 2021 sur

<https://unof.org/arret-tabac/champix/>

ANNEXES

Annexe I

Entretien-Bilan résidents MAS

(Adapter la formulation suivant les résidents)

Poser les questions sur les items spatio-temporels du MMSE.

- A quel âge avez-vous commencé à fumer ? Quel âge avez-vous aujourd'hui ?
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- Quand les fumez-vous ?
- Est-ce que c'est vous qui conservez vos cigarettes ou est-ce l'équipe qui vous les distribue ? Comment cela se passe pour vous ?
- Comment financez-vous vos cigarettes ?
- Vous fumez seul(e) ou avec d'autres résidents ?
- Est-ce que vous vous souvenez de la première fois où vous avez fumé ? (contexte socio-culturel, environnement...)
- Votre consommation a-t-elle évolué depuis ?
- Est-ce que vous avez déjà arrêté de fumer ? (Ou voulu arrêter ? ou voudriez arrêter ?)
- Comment vous sentez vous avant de fumer ? Pendant que vous fumez ? Après avoir fumé ?

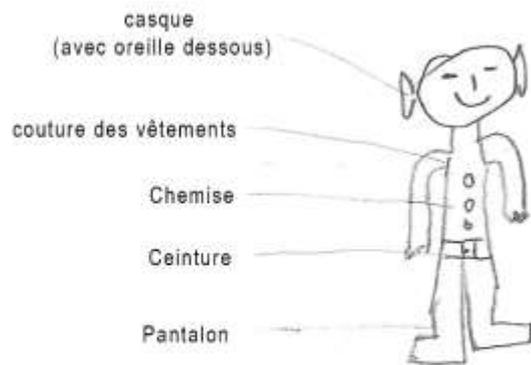
Vous avez l'impression que ça a un effet sur vous ? (sensations dans différents parties du corps, émotions, souvenirs...)

➔ Qu'est-ce que vous aimez le plus quand vous fumez ? (le geste, le fait d'être seul, ou avec qqn, le changement que ça opère pour vous, les sensations...)

Sur la silhouette dessinée placer les zones où vous ressentez des sensations lorsque vous fumez

- Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de fumer ? (conséquences sur la santé, aspect financier...)
- Avez-vous (eu) d'autres addictions ?

- Est-ce que vous avez des loisirs ? Des choses que vous aimez faire, que vous aimiez faire ou que vous aimeriez faire ? (activités sportives, artistiques, du quotidien, jeux...)



Damien Lemont

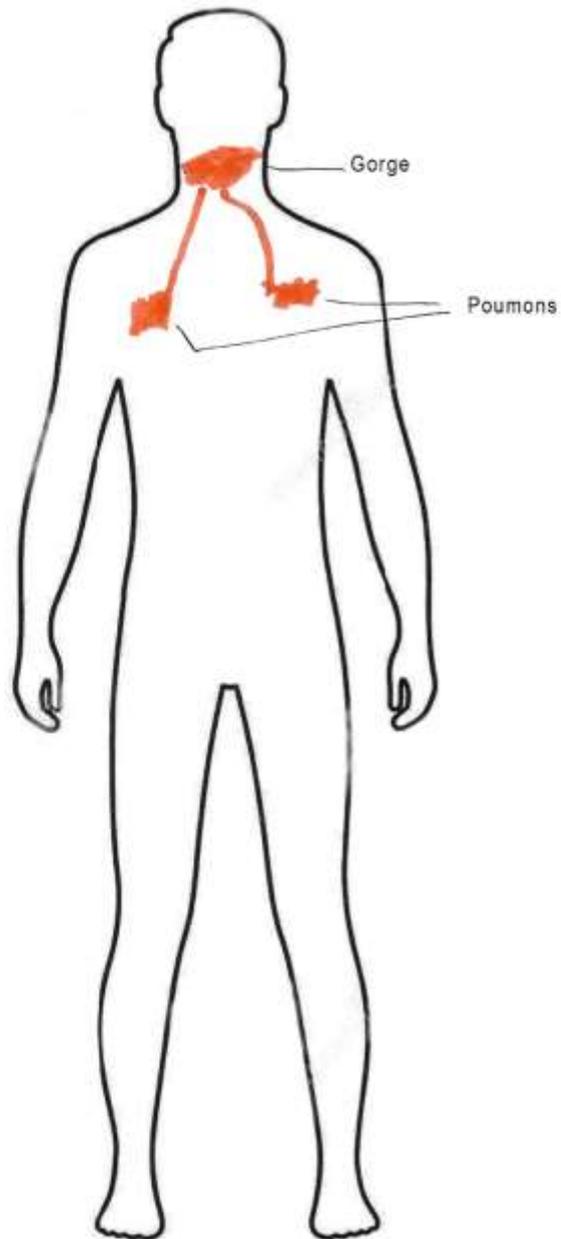
Dessin du Bonhomme

Au départ il dit que c'est le personnage auquel il pense à chaque fois qu'on lui demande de dessiner un bonhomme finalement il me dit que c'est lui

Damien Lemont

Zones ressenties lorsqu'il fume.

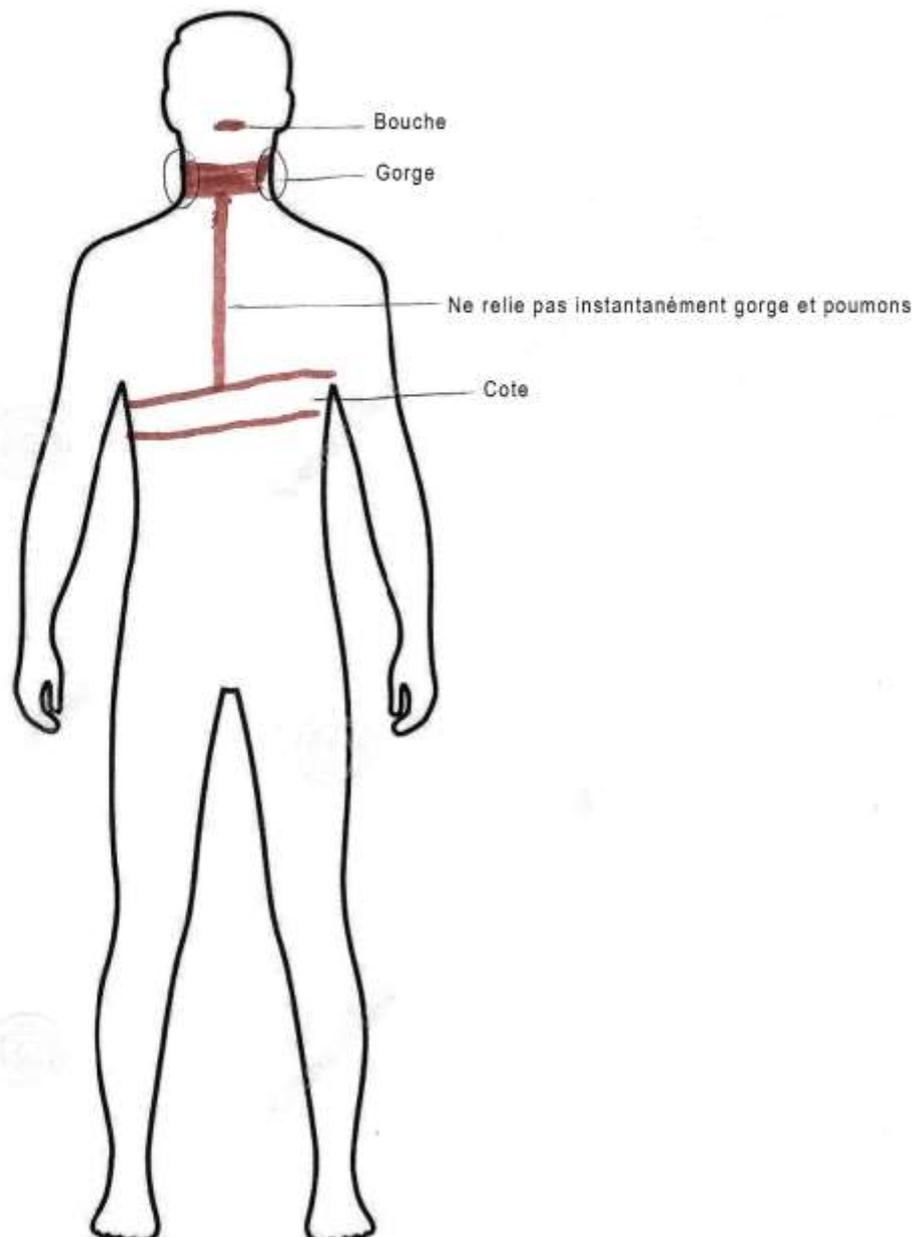
Il ne fait pas directement le lien pour réunir gorge et poumons et dit sentir ses 2 poumons se remplir en même temps.



Annexe III

Damien Lemont

Zones ressenties après travaille de respiration.



Annexe IV

Damien Lemont

Représentation de sa kinésphère



J'attends avec le été avec impatience



Damien Lemont
Représentation de sa kinésphère

Annexe Vbis



Marianna Monet
Dessin du bonhomme

Annexe VI

LA RELAXATION m'apporte beau-
coup de ZEN Altitude. Et avec Vous



Trace laissé par Madame Monet en fin de séance

Annexe VII

Annexe VIII

Emma Font

Etudiante en 3^{ème} année de Psychomotricité

Présentation stage et mémoire en psychomotricité Tabagisme en psychiatrie adulte

Lors de mes différents stages, j'ai constaté que la proportion de patients consommant du tabac est largement supérieure en psychiatrie adulte par rapport à d'autres services ou structures. J'ai l'impression que pour certains patients, la journée est vraiment rythmée par les pauses cigarettes.

Cela m'a amené à me questionner sur la place de la cigarette en psychiatrie adulte et sur ce que recherchent les patients à travers cette addiction. D'où la problématique (actuelle) de mon mémoire :

Qu'est-ce que les patients recherchent par le biais de la cigarette que la psychomotricité pourrait leur apporter ? Est-ce que la psychomotricité pourrait compenser ou différer ces besoins ? (et si oui comment)

J'aimerais donc comprendre, avec certains patients volontaires ce qu'ils recherchent à travers la cigarette (être dans leur bulle ? partager un moment avec d'autres ? rechercher une détente ? est-ce par habitude/automatisme ? pour s'occuper ?...), si ils ont (ou ont eu) d'autres addictions...

Pour cela je souhaiterais proposer :

- ➔ Des temps d'échanges avec les patients pour voir déjà si certains sont ouverts à la discussion et voir ceux qui seraient disponibles et auraient envie de participer à mon travail de recherche pour mon mémoire.
- ➔ Des échanges avec les soignants intéressés, pour discuter de leur point de vue et questionnements sur la place de la cigarette à la MAS.
- ➔ Un projet personnalisé aux patients intéressés sur le temps de la cigarette, en amont ou après...
- ➔ Donc *in fine* un suivi plus ou moins régulier à certains patients (en individuel ou en groupe suivant les besoins dégagés pour chacun) et avec des médiations adaptées à leur projet et leurs envies.
- ➔ Un des objectifs serait aussi de rendre les patients « acteurs » dans cette démarche en déterminant avec moi s'ils estiment qu'un travail ensemble serait intéressant pour eux ou non, en choisissant ensemble les éventuelles médiations si un suivi ce met en place, etc.

Pour cela, je serais présente une demi-journée par semaine, les jeudis matins.

Annexe IX

Questionnaire soignants MAS (mémoire de psychomotricité sur la place de la cigarette en psychiatrie adulte)

Votre profession :

Entourez la réponse qui correspond pour vous :

Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie adulte (ou à la MAS) ?

- Entre 0 et 5ans
- Entre 5 et 10ans
- Entre 10 et 15ans
- Plus de 15ans

1)Comment coteriez-vous l'importance de la place de la cigarette dans la structure (à la MAS) ?

Absente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très importante

2)Cette place occupée par la cigarette vous semble gênante ou bénéfique pour le fonctionnement de la structure ?

Gênante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bénéfique

3)Trouvez-vous que la place de la cigarette dans la structure a évolué depuis que vous travaillez en psychiatrie ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beaucoup

4)Avez-vous l'impression qu'il y a plus ou moins de fumeurs maintenant, parmi les patients, par rapport au moment où vous avez commencé à travailler ?

Moins 1 2 3 4 5(autant) 6 7 8 9 10 Plus

5)Selon vous, à quel(s) besoin(s) peut répondre la cigarette (au-delà de la dépendance) ? Numéroter vos choix par ordre d'importance :

- Occupation
- Rythmer la journée
- Stimulations de la zone orale (région buccale)
- Recherche de partage avec le/un groupe (relation)
- Recherche de plaisir
- Recherche de détente
- Recherche d'intériorité (dedans/dehors)
- Autre(s) : ...

6)Selon vous est-ce que d'autres méthodes pourraient répondre à certains de ces besoins (auxquels répond la cigarette) ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Surement

Si oui avez-vous des idées ? ...

7) Consommez-vous (ou avez-vous déjà consommé) du tabac ?

-Oui

-Non

8) Si oui qu'elle est (ou était) l'importance de votre consommation ?

Exceptionnelle 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Intense

9) Avez-vous des remarques, questionnements... ?

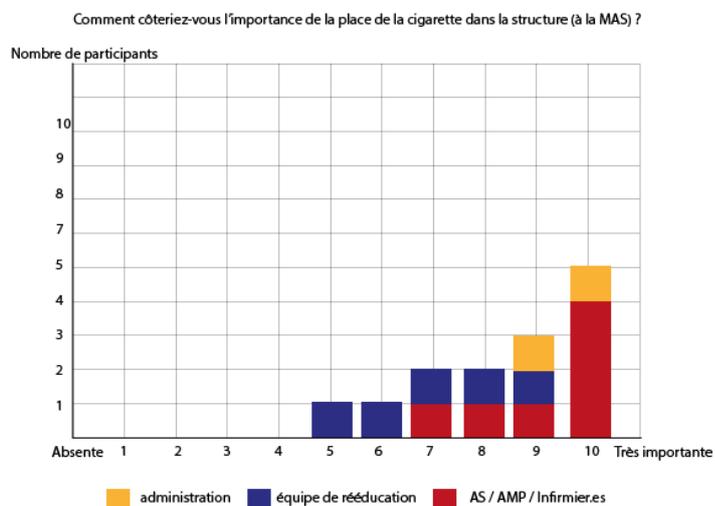
Merci beaucoup !!

Annexe XI

Réponses et analyse du questionnaire proposé aux professionnels de la MAS

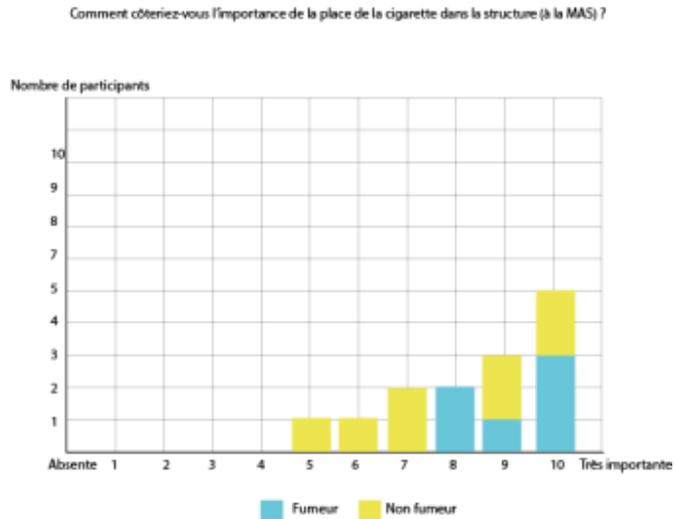
Première question : **Comment noteriez-vous l'importance de la place de la cigarette dans cette structure ?**

Premier graphique (selon le métier) :



Sur ce graphique, on remarque que l'équipe paramédicale (infirmiers, AS, AMP) ainsi que les deux personnes de l'équipe d'administration trouvent que la place de la cigarette à la MAS est importante voire très importante avec une moyenne de 9, alors que la moyenne est à 7 pour l'équipe de rééducation. En effet, c'est le personnel paramédical qui gère les cigarettes (distribution, allumage, etc.). Il me semble donc cohérent que ce soit ces professionnels qui remarquent le plus la place du tabagisme dans la vie de la structure et des résidents, contrairement aux rééducateurs qui travaillent dans un autre bâtiment et ne viennent que ponctuellement.

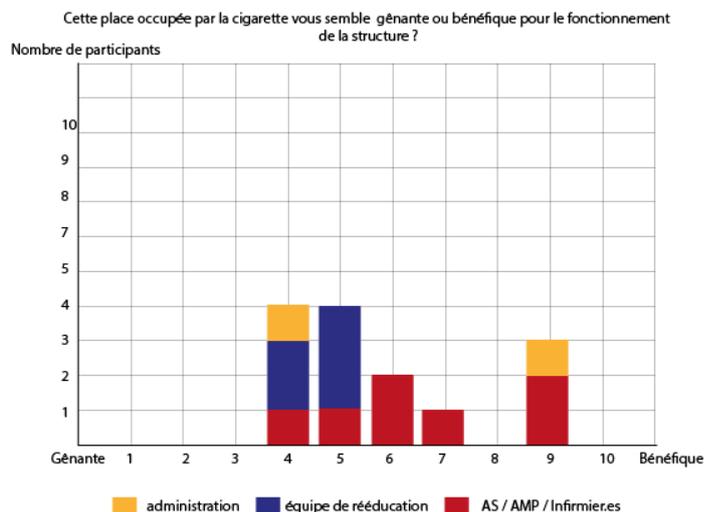
Troisième graphique (selon leur consommation ou non de tabac)



Sur ce graphique, on observe que les six membres du personnel fumeur estiment que la cigarette occupe une place importante à la MAS avec une moyenne de 9,2 contre 7,9 pour le personnel non-fumeur. On peut supposer que les fumeurs, qui sont donc à la fois observateurs et acteurs, sont plus sensibles à la place qu'occupe la cigarette. On peut en conclure que, le fait de fumer ne banalise pas pour autant le tabagisme (qu'il soit pratiqué par les résidents ou par eux).

Deuxième question : **Cette place occupée par la cigarette vous semble gênante ou bénéfique pour le fonctionnement de la structure ?**

Premier graphique (selon la catégorie professionnelle) :



La moyenne des réponses à cette question est de 5,9. La place occupée par la cigarette semble donc plutôt bénéfique pour l'ensemble des professionnels de la MAS. Cependant, on constate que la majorité des professionnels a estimé la place de la cigarette comme n'étant ni vraiment gênante ni vraiment bénéfique (note entre 4 et 6-7). Seuls trois professionnels (non-fumeurs) semblent avoir un avis plus tranché sur la question et la trouvent très bénéfique (9), faisant ainsi remonter la moyenne pour les paramédicaux notamment.

Pour autant, on constate que le personnel de rééducation estime que la cigarette est plus gênante que les autres professionnels avec une moyenne de 4,6 contre 6,6 pour l'équipe paramédicale. Les deux professionnels qui travaillent dans l'administration de la MAS ont un avis quasi opposé sur cette question, je ne suis donc pas en mesure d'émettre de conjecture.

Par contre, au vu de mon expérience, je peux émettre l'hypothèse selon laquelle les rééducateurs sont davantage gênés par la cigarette car les horaires de distribution fréquents (toutes les 2 heures environ) conditionnent souvent les horaires ou la durée des prises en soins proposées par les rééducateurs. Les résidents fumeurs souhaitent en effet être libérés pour la distribution de cigarettes.

On peut par contre se demander pourquoi les soignants de l'équipe paramédicale trouvent la cigarette plutôt bénéfique. Ils y trouvent peut-être un rythme structurant pour les résidents. Cependant, cette tâche de distribution reste contraignante pour certains soignants. Plusieurs m'en avaient fait part lors d'échanges informels.

Par ailleurs, la dimension "nourricière" que confère cette mission aux AS, AMP ou infirmiers est peut-être vécue comme valorisante pour certains d'entre eux. Elle permet un "commerce" avec les résidents, dans le sens où elle génère un échange régulier entre soignants et résidents et constitue donc un lien privilégié entre eux. Cependant, ce contrôle de la consommation de tabac et leur dépendance pourraient induire un rapport de pouvoir des soignants sur les résidents. Ce travers est ici désamorcé par le protocole de distribution standardisé mis en place.

Enfin, la cigarette a aussi valeur d'occupation pour les résidents.

Troisième question : **Trouvez-vous que la place de la cigarette a évolué depuis que vous travaillez en psychiatrie ?**

Pour cette question je n'ai pas réalisé de graphique. Parmi les quatorze professionnels, dix ont entouré un chiffre supérieur à 5, reconnaissant ainsi que la place de la cigarette avait évolué, voire beaucoup évolué (la moitié des notes étaient supérieures ou égales à 8) ces dernières années. Il aurait été intéressant de demander aux professionnels ce qu'ils avaient perçu comme "évolution", mais le questionnaire devait rester succinct, j'ai donc choisi de ne pas m'y attarder.

Par contre, j'ai eu l'occasion d'en rediscuter avec la secrétaire de la MAS qui trouvait que la place de la cigarette avait beaucoup évolué ces dernières années au niveau de la manière dont les cigarettes étaient distribuées. En effet, il y a encore quatre ou cinq ans, les soignants donnaient les cigarettes par paquets aux résidents et les laissaient gérer eux-mêmes leur consommation. Mais cela posait régulièrement problème car la plupart des résidents consommaient très vite ce qu'on leur donnait et n'avaient plus assez d'argent pour se racheter des cigarettes ensuite. Davantage d'échanges ou de *racket* avaient lieu entre les résidents. Il a donc été décidé que les soignants garderaient les paquets et distribueraient progressivement les cigarettes aux résidents, en fonction du nombre de cigarettes auquel ils avaient droit.

Quatrième question : **Avez-vous l'impression qu'il y a plus ou moins de fumeurs maintenant, parmi les patients, par rapport au moment où vous avez commencé à travailler ?**

Pour cette question j'ai trouvé que les graphiques fournissent assez peu d'éléments de comparaison. La moyenne de l'ensemble des résultats était de 5,3. Ainsi, le personnel ne semble pas avoir remarqué de grands changements dans la consommation de tabac des résidents ces dernières années.

J'ai cherché à observer, avec le deuxième graphique, si les personnes qui avaient le plus d'expérience en psychiatrie avaient remarqué une évolution

particulière. Seulement quatre personnes avaient plus de quinze ans d'expérience en psychiatrie, ce qui est peu pour poser des hypothèses, et leurs réponses étaient très différentes (4, 6, 8). Je suppose donc qu'il n'y a pas eu d'évolution importante du nombre de résidents fumeurs, même si la manière d'organiser et de répartir cette consommation a changé, comme nous l'avons vu avec la question précédente.

Cinquième question : **Selon vous, à quel(s) besoin(s) peut répondre la cigarette (au-delà de la dépendance) ?**

Pour cette question j'avais proposé une liste non-exhaustive de besoins auxquels les résidents pouvaient chercher à répondre à travers leur consommation de cigarette : occupation, rythmer la journée, stimulation de la zone orale, recherche de partage avec le/un groupe, de plaisir, de détente, d'intériorité, ou autres. J'ai demandé aux professionnels de numéroter les propositions qu'ils attribuaient à la cigarette par ordre d'importance.

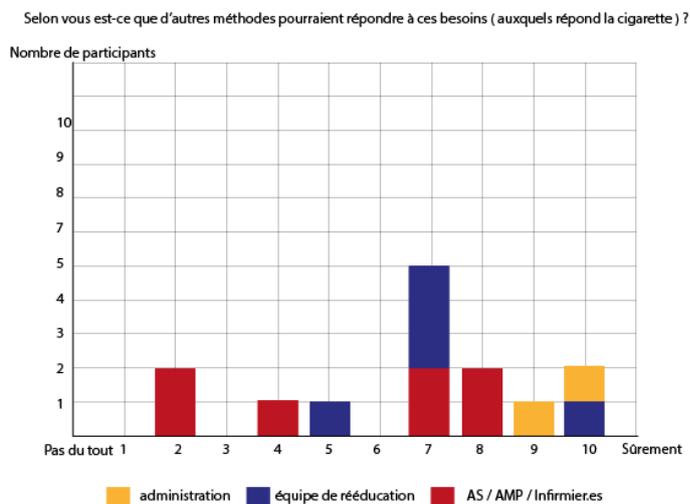
La dimension occupationnelle et le fait de rythmer la journée (qui peuvent d'ailleurs aller ensemble) sont les propositions qui reviennent le plus souvent en premières. Puis vient la recherche de détente. La recherche de plaisir n'arrive qu'après et ne fait partie des quatre premiers besoins que pour sept professionnels. De plus, pour quatre soignants, la notion de plaisir ne fait même pas partie des propositions retenues. Ces résultats entrent en cohérence avec les observations que j'ai pu faire pendant les temps où les résidents fumaient (voir deuxième partie). Par contre, presque la moitié des professionnels (six sur quatorze) indiquent également que la pause cigarette des résidents répond aussi à une recherche de partage. Or, durant mes observations, j'ai constaté que les échanges entre eux étaient très rares, voire inexistants. J'en avais d'ailleurs été assez étonné au départ. Je pense que je me référais à mon habitude de côtoyer d'autres étudiants qui se regroupaient pour fumer et échanger.

Sur les six professionnels qui signalent la recherche de partage des résidents pendant leur "moment cigarette", quatre étaient fumeurs. Certainement assimilent-ils leur propre recherche de partage et d'échange à celle des résidents.

Pour finir, deux des soignants de l'équipe paramédicale m'ont indiqué que la "faim" pouvait être un autre besoin que les résidents cherchaient à combler par la cigarette. Je n'y avais pas pensé mais cette autre proposition a fait sens pour moi, et m'a rappelé des échanges que j'ai pu avoir avec certains résidents qui exprimaient leur attrait pour la nourriture d'une manière assez semblable à celle qu'ils avaient pour la cigarette. En effet, les repas prennent une place primordiale pour nombre de résidents.

Sixième question : **Selon vous est-ce que d'autres méthodes pourraient répondre à certains de ces besoins (auxquels répond la cigarette) ? Si oui, avez-vous des idées ?**

Premier graphique (selon le métier) :



Pour cette dernière question je m'intéresserai seulement à ce graphique (les deux autres ne permettant pas d'émettre d'hypothèses).

On constate que les réponses sont assez disséminées, allant de 2 donc "plutôt non" à 10 "oui il existe sûrement des alternatives à la cigarette" pour répondre à ces besoins. Malgré tout, la moyenne des réponses est de 6,6 pour l'ensemble des professionnels, qui semblent donc plutôt en accord avec cette idée. On observe aussi une différence entre les membres de l'équipe de rééducation et ceux de l'équipe paramédicale. En effet, les rééducateurs envisagent des alternatives à la cigarette avec une moyenne de 7,2. Le personnel administratif semble le faire aussi. La

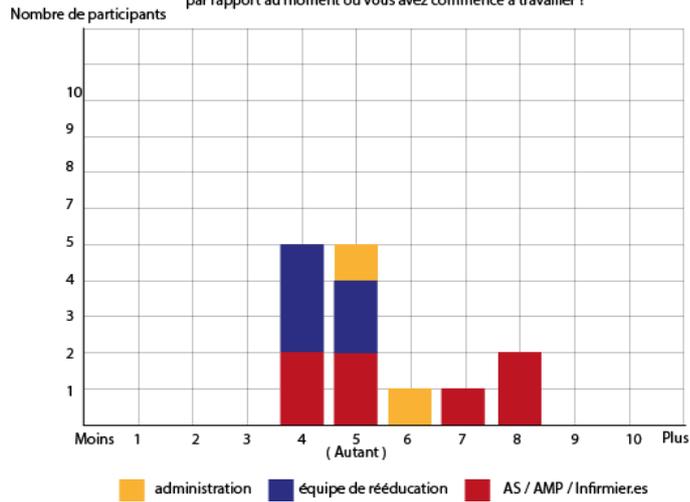
moyenne des réponses des paramédicaux est de 5,4 donc moins affirmative que pour les autres équipes.

On peut se demander pourquoi l'avis des AS, AMP et infirmiers diverge des autres professionnels. La place que prend la cigarette dans leur quotidien et celui des résidents (avec qui ils passent plus de temps que les autres équipes) leur paraît peut-être trop importante pour pouvoir être compensée par autre chose. De plus, l'équilibre qui semble avoir été trouvé avec le rituel de distribution des cigarettes leur convient peut-être. Ainsi tous ne ressentent pas forcément un besoin de changer ou de rechercher des alternatives. Là encore il s'agit uniquement de suppositions par rapport à la moyenne des retours dont je dispose. On voit bien sur le graphique que certains paramédicaux croient en l'existence d'activités ou de moyens alternatifs (note de 7 ou 8).

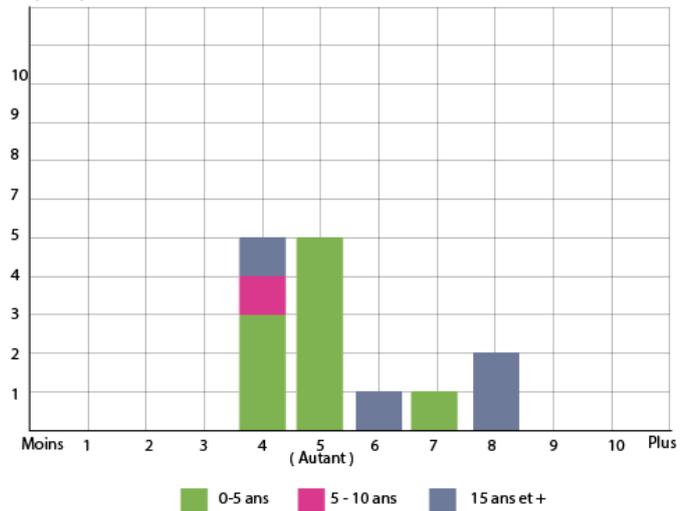
Pour finir, peu de professionnels m'ont proposé d'autres méthodes pour répondre à ces besoins. Ceux qui l'ont fait proposent principalement des activités physiques et des sorties, notamment en groupe, qui permettent d'occuper davantage les résidents, de leur changer les idées et, dans le cas du sport, de générer une détente musculaire post-effort qui pourrait aussi amener une détente psychique. Deux personnes évoquent également l'intérêt de proposer des méthodes visant directement une détente (type relaxation ou sophrologie).

Cela correspond globalement aux besoins qui avaient été dégagés à la question cinq (occupation et détente). Les méthodes ou activités proposées pourraient aussi apporter du plaisir aux résidents et permettre des moments de partage, eux aussi évoqués par les professionnels de la MAS.

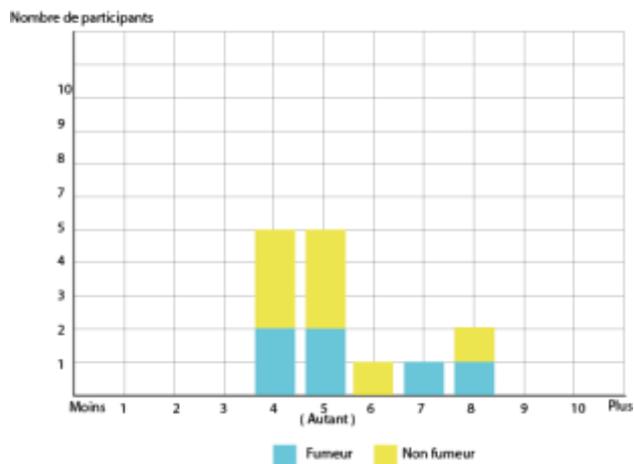
Avez-vous l'impression qu'il y a plus ou moins de fumeurs maintenant, parmi les patients, par rapport au moment où vous avez commencé à travailler ?



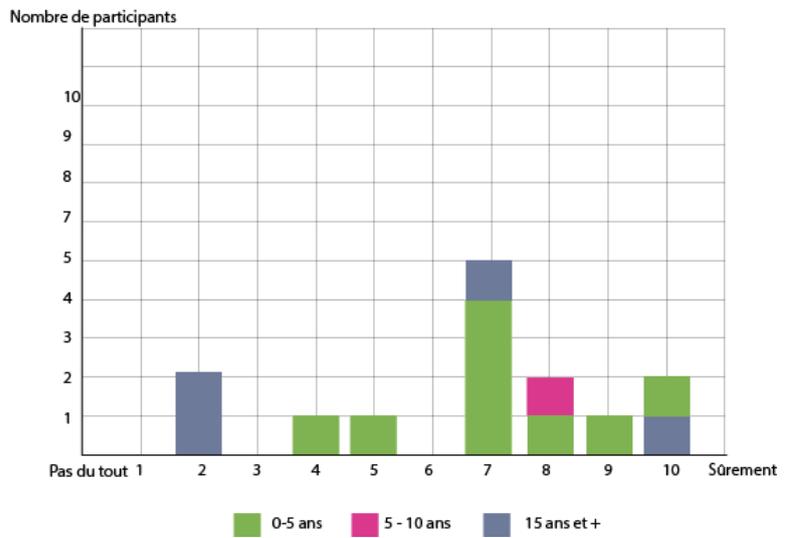
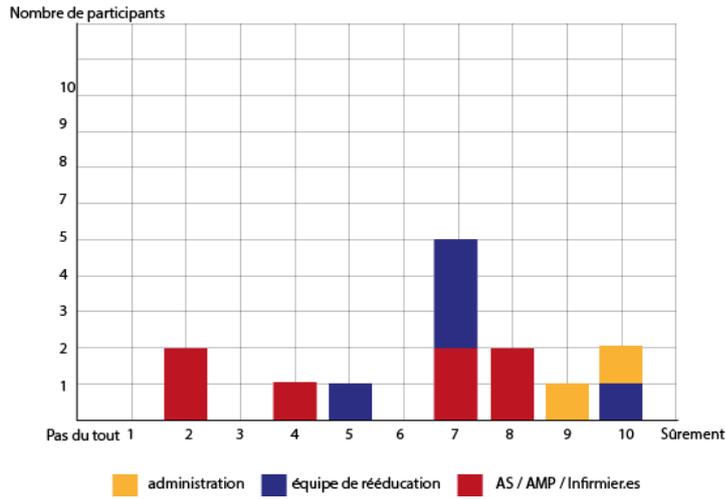
Nombre de participants



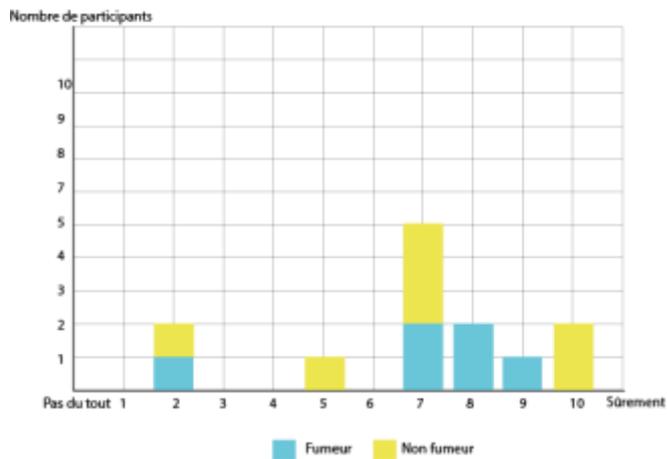
Avez-vous l'impression qu'il y a plus ou moins de fumeurs maintenant, parmi les patients, par rapport au moment où vous avez commencé à travailler ?

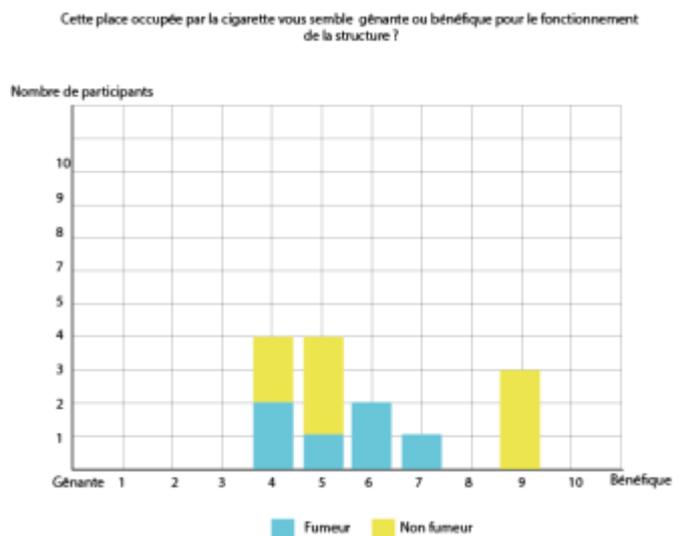
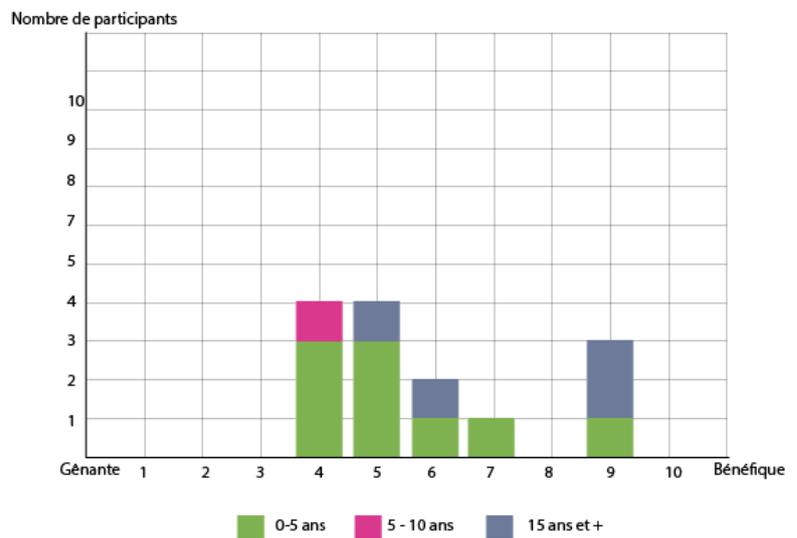
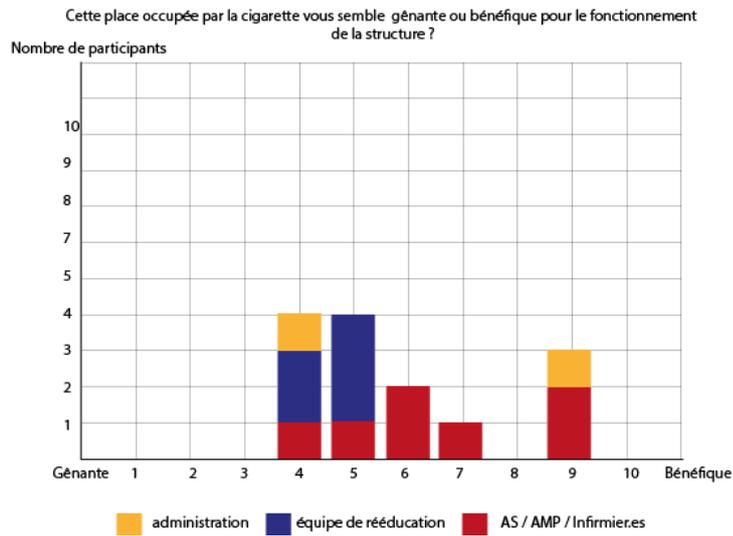


Selon vous est-ce que d'autres méthodes pourraient répondre à ces besoins (auxquels répond la cigarette) ?

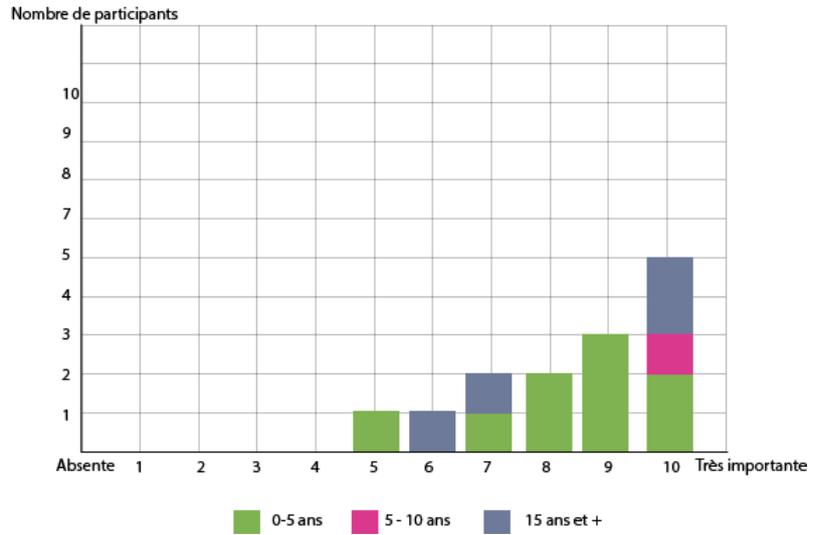
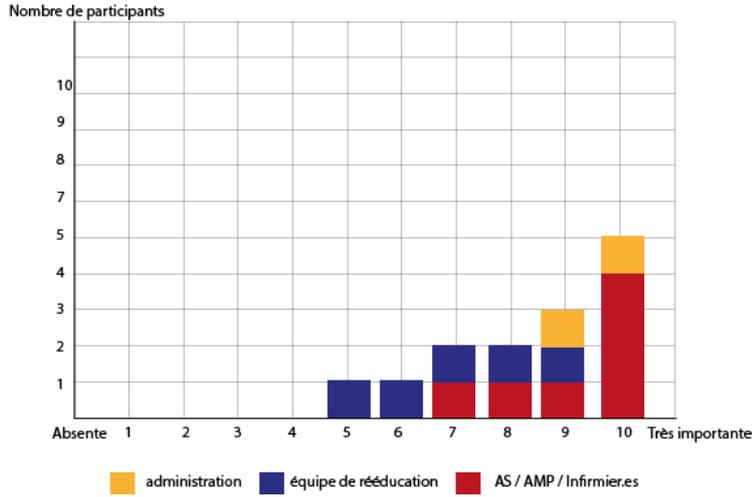


Selon vous est-ce que d'autres méthodes pourraient répondre à ces besoins (auxquels répond la cigarette) ?

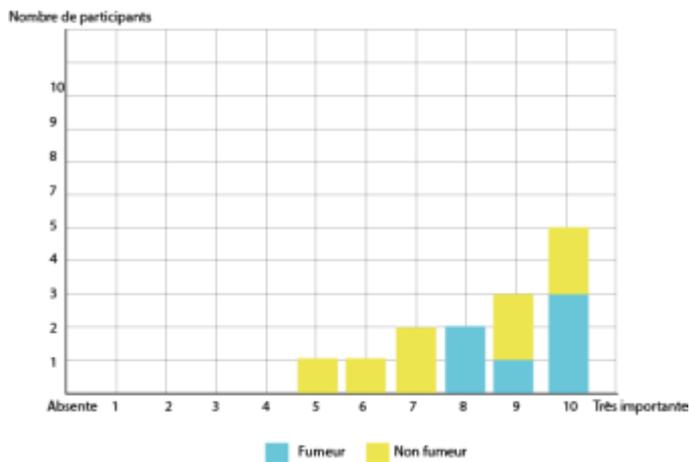




Comment coteriez-vous l'importance de la place de la cigarette dans la structure (à la MAS) ?



Comment coteriez-vous l'importance de la place de la cigarette dans la structure (à la MAS) ?



Résumé

Le tabagisme est très fréquent chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques. Cette addiction semble souvent considérée comme inéluctable.

Au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) je me suis intéressée aux besoins que cherchaient à assouvir les résidents par cette addiction et ses retentissements sur leur état psycho-corporel. La rencontre de certains de ces résidents m'a permis d'aborder leur addiction tout en conservant l'approche holistique du psychomotricien.

Si la psychomotricité n'est pas à considérer comme une méthode de sevrage du tabac en tant que telle, elle peut se positionner comme un soutien à ce sevrage. Et indépendamment d'un arrêt du tabac, cette approche globale permet de soulager le patient en profondeur. La psychomotricité va favoriser une meilleure prise de conscience de l'addiction du sujet, en revenant à ses sensations pour faire évoluer ses représentations corporelles.

Ce mémoire développe une réflexion autour de l'intérêt d'une proposition de prise en soins psychomoteurs pour ces résidents.

Mots clefs :

Tabagisme - Psychiatrie adulte - Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) - Représentations corporelles - Conscience corporelle

Summary

Smoking is very common among people with psychiatric disorders. This addiction often seems to be considered unavoidable.

Within a Mental health care center I was interested in the needs that the residents were trying to satisfy by this addiction and its repercussions on their mental and bodily state. Meeting some of these residents allowed me to address their addiction while maintaining the holistic approach of the psychomotor.

If psychomotricity is not to be considered as a method of smoking cessation per se, it can be positioned as a support for smoking cessation. And regardless of quitting smoking, this comprehensive approach helps to relieve the patient in depth. Psychomotricity will promote a better awareness of the subject's addiction, returning to his sensations to change his bodily representations.

This dissertation develops a reflection around the interest of a proposal for psychomotor care for these residents.

Keywords :

Tabacco addiction - Adult psychiatry - Mental health care center - Bodily representations - Body consciousness