HAL
open science

# “ Contenir une vie sans limites ” : l’intérêt d’un cadre sécurisant et contenant dans la prise en charge psychomotrice des problématiques d’enveloppe, en addiction et en précarité

Julia Huet, Kevin Josse

**To cite this version:**

Julia Huet, Kevin Josse. “ Contenir une vie sans limites ” : l’intérêt d’un cadre sécurisant et contenant dans la prise en charge psychomotrice des problématiques d’enveloppe, en addiction et en précarité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03296103

**HAL Id: dumas-03296103**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296103v1**

Submitted on 22 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.

Faculté de Médecine Sorbonne Université
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14

# “Contenir une vie sans limites”

# L’intérêt d’un cadre sécurisant et contenant dans la prise en charge psychomotrice des problématiques d’enveloppe, en addiction et en précarité

Mémoire présenté par Julia HUET et Kévin JOSSE

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

Référents de mémoire

Zélia KREBS

Session Juin 2021

# Remerciements

Merci Julia pour ton soutien pendant ces trois années, j'ai appris à te connaître comme partenaire au cours de projets toujours enrichissants, tu m'as énormément appris, tu es devenue une amie très importante dans ma vie.

Merci Kévin d'avoir toujours été d'un soutien sans faille, merci de m'avoir fait rire dans les moments les plus critiques, merci d'avoir bien voulu tenter cette aventure à mes côtés, merci d'être toi, tout simplement, avec ta fraîcheur, ta gentillesse et ta bonne humeur inconditionnelles.

Mais rien de tout cela n'aurait abouti sans vous, alors :

A toi Thomas, notre compagnon de dernière minute, futur psychomot passionné et passionnant, sans qui ce trio serait bancal,

A nos familles respectives, pour votre soutien de taille dans tous nos projets,

A nos amis relecteurs qui sauront se reconnaître, présents jusqu'aux dernières minutes,

A nos maîtres de stage, pour leurs accompagnements et leurs riches échanges pendant ces trois années,

Aux différents professionnels et patients, particulièrement ceux du CSAPA cette année,

A Agnès, pour ton accompagnement dans le projet du stage, ta disponibilité et ta guidance,

A Zélia, pour tes retours et tes précieux conseils,

A vous tous, nous souhaitons vous dire MERCI !

# Sommaire

**Avant-propos** ..... 8
**Introduction** ..... 9
**PARTIE 1 : UN STAGE EXPERIMENTAL EN ADDICTOLOGIE** ..... 10
I. L'élaboration du stage expérimental ..... 10
II. Le contexte institutionnel ..... 11
1. Un CSAPA ..... 11
2. Notre terrain clinique ..... 11
*2.1. Présentation* ..... 11
*2.2. Equipe et missions* ..... 13
*2.3. Organisation spatio-temporelle* ..... 14
*2.4. Place de la psychomotricité* ..... 17
III. Nos premiers questionnements ..... 18
1. Avant de commencer ..... 19
2. Premiers pas ..... 19
3. Observations sur le cadre ..... 20
**PARTIE 2 : APPORTS THEORIQUES SUR LE CADRE DANS L'ADDICTION ET LA PRECARITE** ..... 22
I. Le cadre ..... 22
1. Définition ..... 22
2. Particularités en psychomotricité ..... 22
*2.1. Cadre externe* ..... 22
*2.2. Cadre interne* ..... 23
*2.3. Cadre institutionnel* ..... 25
II. L'addiction ..... 26
1. Généralités ..... 27
2. Point de vue neurobiologique ..... 28
*2.1. Substrats neuroanatomiques de l'addiction* ..... 29
*2.2. Notion de plaisir et cercle vicieux* ..... 29
3. Facteurs de risque ..... 30
4. Effets des substances ..... 32
*4.1. Dépresseurs* ..... 32
*4.2. Stimulants* ..... 34
*4.3. Perturbateurs* ..... 35
*4.4. Polyconsommation* ..... 36
5. Sémiologie psychomotrice de l'addiction ..... 37
III. La précarité ..... 38
1. Définition ..... 38
2. Processus psychocorporel ..... 39

IV. La clinique des limites ..... 40
1. Définition ..... 40
2. La limite comme lien ..... 41
*2.1. Limites et addiction* ..... 41
*2.2. Limites et précarité* ..... 42
*2.3. Une problématique des limites* ..... 43
**PARTIE 3 : LA MISE A MAL DU CADRE** ..... 45
I. Radek ou la fuite ..... 45
1. Rencontre ..... 45
2. Présentation de Radek ..... 46
3. Anamnèse ..... 46
4. Premier entretien ..... 47
5. Séance de bilan ..... 48
6. Sémiologie psychomotrice ..... 49
7. Projet thérapeutique et début de prise en charge ..... 50
8. Evolution ..... 51
9. Le sens de l'absence ..... 52
II. Freddy ou le débordement ..... 57
1. Rencontre ..... 57
2. Présentation de Freddy ..... 57
3. Anamnèse ..... 58
4. Premier entretien ..... 59
5. Séance de bilan ..... 60
6. Sémiologie psychomotrice ..... 62
7. Projet thérapeutique et début de prise en charge ..... 63
8. Evolution ..... 63
9. Les raisons du débordement ..... 65
III. Une enveloppe défaillante ..... 68
1. Garder la maîtrise ..... 68
2. Déficit des interactions précoces ..... 68
3. Défaillance de la fonction enveloppe ..... 69
**PARTIE 4 : L'INTERET DU CADRE DANS L'ADDICTION ET LA PRECARITE** ..... 71
I. Cédric ou l'intégration de la sécurité du cadre ..... 71
1. Rencontre ..... 71
2. Présentation de Cédric ..... 71
3. Anamnèse ..... 72
4. Premier entretien ..... 72
5. Séance de bilan ..... 73
6. Sémiologie psychomotrice ..... 74

7. Projet thérapeutique et début de prise en charge ..... 75
8. Evolution ..... 75
9. Le cadre comme enveloppe ..... 78
II. Intérêt de la mise en place d'un cadre sécure ..... 79
1. Un cadre sécure ..... 79
*1.1. Repères spatio-temporels* ..... 80
*1.2. La rencontre : un espace-temps dédié* ..... 81
*1.3. Une relation sécure* ..... 82
2. La fonction du cadre sécure ..... 83
*2.1. La mise en sens des affects par la fonction contenante* ..... 83
*2.2. Une aire transitionnelle* ..... 85
3. L'apport de l'enveloppe institutionnelle ..... 85
III. Moyens mis en place pour créer ce cadre ..... 86
1. Notre cadre ..... 86
*1.1. Informations préalables* ..... 86
*1.2. Organisation de l'espace-temps* ..... 87
*1.3. L'amorce par un premier entretien* ..... 88
2. Médiations ..... 89
*2.1. L'atelier "Jeux de société"* ..... 89
*2.2. La relaxation thérapeutique* ..... 90
**Conclusion** ..... 92
**Références bibliographiques** ..... 93
**Annexes** ..... 97
**Résumé** ..... 101

« *La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie :*

*- Que fais-tu là ? dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.*

*- Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.*

*- Pourquoi bois-tu ? lui demanda le petit prince.*

*- Pour oublier, répondit le buveur.*

*- Pour oublier quoi ? s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.*

*- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.*

*- Honte de quoi ? s'informa le petit prince qui désirait le secourir.*

*- Honte de boire ! acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.*

*Et le petit prince s'en fut, perplexe.*

*Les grandes personnes sont décidément très très bizarres, se disait-il en lui-même durant le voyage.* »

Le Petit Prince, Chapitre XII, A. De Saint-Exupéry[1]

[1] Texte et image tirés du livre de Saint-Exupéry *Le Petit Prince*

# Avant-propos

Un duo. Toutes les situations de nos études nous rapprochent. Même groupe de Travaux Dirigés (TD). Même pôle dans une association solidaire de psychomotricité. Même intérêt porté au domaine de l'addictologie. Kévin se questionne sur le processus d'installation d'une addiction, sur les différences entre les individus qui le soutiennent. Julia a déjà pu s'intéresser à ce sujet lors de ses études en neuropsychologie, pendant lesquelles elle a abordé la question des conséquences des addictions sur les fonctions exécutives.

La répétition des problématiques liées aux consommations dans nos stages en psychiatrie adulte de deuxième année nous questionne. Une intervention théorico-clinique à la faculté nous interroge sur le plan psychomoteur de l'addiction. C'est donc parti pour la grande aventure du stage expérimental !

Dès nos premiers jours de stage, un grand nombre de questions nous interpellent. Nous nous mettons naturellement à en discuter, à nous faire part mutuellement de nos expériences et de nos ressentis, afin de trouver nos réponses. Nos échanges sont riches et ne nous quittent jamais, nous élaborons au-delà de nos prises en soins et nous nous interrogeons sur l'ensemble des modalités qui composent notre stage : notre présence, la discipline, la population rencontrée, les médiations, etc. Nos échanges à l'oral alimentent nos prises de notes personnelles et individuelles. Ce fut donc une évidence pour nous de nous mettre à écrire ce mémoire à quatre mains, aboutissement de nos études, indissociable et représentatif de nos réflexions communes.

# Introduction

La psychomotricité est encore peu connue dans le domaine des addictions et de la précarité. Les prises en soins dans ces domaines sont généralement axées autour de la résolution des plaintes somatiques, de la prévention, de la mise en place d'un traitement de substitution et de leur retentissement ou causes psychologiques. Toutefois, nous estimons que l'intrication avec le corps est centrale dans ces problématiques. Cela nous amène à l'écriture de ce mémoire.

Lors de notre stage, nous avons observé la mise à mal du cadre dans des modalités d'absences, de retards et de débordements, au niveau de l'organisation des rendez-vous. Nous nous sommes particulièrement questionnés sur ce qu'elle pouvait venir refléter chez les usagers de drogue. Nous avons alors choisi d'articuler notre mémoire autour d'une question centrale :

**En quoi la mise à mal du cadre chez les sujets addicts en situation de précarité pourrait être en lien avec une enveloppe défaillante ?**

Au sein de cette question, nous aborderons plusieurs problématiques autour de la mise à mal du cadre, notamment ce qu'elle vient refléter de l'organisation psychomotrice du sujet. Durant le stage, nous nous sommes interrogés sur la fonction de l'enveloppe institutionnelle dans la prise en charge du sujet addict en situation de précarité, ainsi que sur l'apport de la psychomotricité pour rétablir cette fonction contenante.

Afin de répondre à notre question, nous allons vous présenter notre lieu de stage expérimental, la population accueillie, ainsi que les observations nous amenant à notre réflexion. Puis, nous présenterons un recueil théorique, nécessaire à la compréhension du sujet autour des notions de cadre, d'addiction, de précarité et d'enveloppe corporelle. Ensuite, nous illustrerons notre problématique à partir de deux cas cliniques. Nous laisserons émerger de ces études de cas nos interrogations et hypothèses, et les croiserons avec les éléments théoriques nécessaires. Enfin, par le biais d'un autre cas clinique, nous aborderons la question de l'intérêt de la mise en place d'un cadre sécure dans la prise en charge du sujet addict en situation de précarité. Nous y aborderons également les moyens mis en place pendant notre stage pour assurer ce cadre.

# PARTIE 1 : UN STAGE EXPERIMENTAL EN ADDICTOLOGIE

## I. L'élaboration du stage expérimental

Après de nombreuses péripéties liées à la crise sanitaire, et bien que l'année scolaire soit déjà bien entamée, nous partageons l'envie de faire un stage expérimental. Ce projet d'intervention est proposé aux étudiants de troisième année de psychomotricité. Le stage se fait en binôme, sur un lieu où n'exerce pas de psychomotricien. La plupart des stages expérimentaux se font donc dans des lieux où la place de la psychomotricité n'est pas forcément encore bien établie. Ils ont pour objectif principal de promouvoir et de monter un projet autour de la psychomotricité au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Ce sont par ailleurs les mots que nous écrivons pour expliquer notre projet lors de notre première prise de contact par mail.

Au cours de ce stage expérimental, les objectifs des étudiants, selon notre Institut de Formation en Psychomotricité (IFP), se déclinent en fonction du projet :

- Comprendre par l'observation dans un premier temps, le fonctionnement et s'intégrer au sein du service, ou de la structure ;
- Entrer dans un processus de professionnalisation en respectant les règles éthiques et déontologiques de la structure et de l'IFP ;
- Participer dans la mesure du possible aux réunions de synthèse, et autres réunions nécessaires ;
- Réfléchir et expérimenter la place de la psychomotricité (prévention, éducation, soin) auprès de la population accueillie, au sein de la structure.

Pour nous accompagner dans nos réflexions et expérimentations, nous sommes encadrés tout au long de l'année par une tutrice interne, qui exerce dans la structure et est présente le jour du stage. Son rôle est de garantir notre accueil et notre sécurité, et de veiller au bon déroulement du projet. Il s'agit pour nous d'une des médecins généralistes, présente le jeudi et exerçant à temps partiel sur la structure depuis un peu moins de deux ans.

Nous sommes également supervisés par une tutrice externe, psychomotricienne et enseignante dans notre IFP. Son rôle est de nous rencontrer régulièrement, de nous accompagner dans notre projet, et d'assurer si besoin les liens avec la tutrice interne. Nous participons aussi à un Groupe d'Analyse des Pratiques chacun de notre côté, à raison d'une fois

par mois. Ce groupe a pour but de nous permettre de faire part de nos interrogations, réflexions, problématiques que nous rencontrons en stage.

Il existe actuellement des stages expérimentaux en soins palliatifs, en maternelle, en centres d'accueil de femmes et d'enfants victimes de violences, ainsi qu'en addictologie. Ce dernier domaine a suscité notre intérêt. En effet, comme nous avons pu l'évoquer précédemment, nous avons plusieurs raisons de nous y intéresser. Nous pensons que le rapport au corps est central dans ces pathologies, mais bien trop souvent écarté de la pensée commune. Nous avions envie de découvrir de nos propres yeux les conséquences corporelles des addictions, mais aussi éveiller les consciences sur l'importance d'une approche corporelle dans un tel contexte.

## II. Le contexte institutionnel

### 1. Un CSAPA

Nous effectuons notre stage dans un Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ces structures assurent un suivi pluridisciplinaire afin de mener des actions de prévention et de soins pour les personnes présentant une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance à une substance psychoactive ou tout autre objet d'addiction. Elles accompagnent aussi l'entourage. Ces suivis sont « *sur du long terme* » et « *les soins sont sur le devant de la scène* » (Constant & Exposito, 2019, p. 314). Cela comprend une prise en charge médicale, paramédicale, psychologique, sociale et éducative. Elle inclut le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Certaines structures peuvent également traiter les pathologies psychiatriques associées lorsqu'un pôle psychiatrique est présent. Les CSAPA assurent aussi l'accueil, l'information, l'orientation des personnes et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

### 2. Notre terrain clinique

#### *2.1. Présentation*

Le CSAPA dans lequel nous évoluons correspond à cette description. Il a tout de même certaines spécificités. Nous pouvons lire sur son site internet qu'il est « *spécialisé dans l'accueil*

*anonyme et gratuit de consommateurs de substances psychoactives et la prise en charge ambulatoire des addictions. Il propose une prise en charge médico-psycho-sociale à des personnes consommatrices de substances psychoactives (illicites ou licites : tabac, alcool, médicaments détournés), hommes ou femmes majeurs, en situation de précarité.* »

Le CSAPA est géré par un groupe associatif. Les personnes qui font la démarche de venir dans le centre doivent donner un prénom et les trois premières lettres de leur nom de famille. Cela permet de garder leur anonymat pour qu'ils puissent se sentir plus libres de venir. Peu importe si ce nom est vrai, ce procédé permet surtout de les identifier et de leur créer un dossier patient. L'institution ne comprend pas de Consultation Jeunes Consommateurs. Il faut obligatoirement être majeur. Cependant, sous couvert de l'anonymat, aucun justificatif n'est demandé aux usagers à leur arrivée. Leur moyenne d'âge est de 45 ans, avec un écart allant de 25 à 65 ans.

Lors de notre entretien d'arrivée, on nous précise que 95% des personnes accueillies sont des hommes et que 60% d'entre eux sont sans logement ou dans une situation de précarité à ce niveau. Nous nous en rendons compte quand les personnes viennent chercher à l'accueil un peu de chaleur, notamment en hiver, comme certains nous l'ont exprimé. Il se trouve également qu'il y a une forte population venant des pays de l'Est, notamment des personnes russophones. Cela crée une sorte de première frontière au niveau de la langue, compliquant la communication. Certains éducateurs parlent cette langue et les usagers vont davantage vers eux. Ils peuvent éventuellement aider pour interpréter mais la plupart du temps les usagers arrivent à se faire comprendre par les professionnels.

Selon l'Office Français des Dépendances et Toxicomanies (OFDT), après l'addiction au tabac qui touche 27% de la population en 2019, celle à l'alcool est la plus répandue avec 8% de la population adulte concernée en 2014. Par ailleurs, la consommation régulière de cocaïne sous toutes ses formes, petits cailloux de freebase[2] ou crack[3], concernerait 1,6% des adultes français. L'usage actuel de l'héroïne concernerait 0,2% de la population française. Dans le CSAPA, il y a principalement des consommateurs d'héroïne et de crack. En effet, 30% des usagers consomment comme principale substance, des opiacés[4] ou Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) de manière détournée, et 18% du crack. Le mode de consommation

[2] Mélange de cocaïne et d'ammoniac
[3] Mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude
[4] Substances narcotiques dérivées de l'opium

majoritaire pour l'héroïne et le crack est l'inhalation. Les opiacés sont de plus en plus fumés avec l'utilisation de la technique de chasser le dragon[5]. Les TSO sont quant à eux injectés ou ingérés. Il est à noter que 20% des usagers prennent un traitement de substitution aux opiacés dans le cadre d'une prise en soin. La consommation d'alcool se retrouve en transversal chez la plupart des usagers. Elle s'associe pour certains à d'autres produits comme le cannabis, mais aussi à des comportements tels que les jeux d'argent.

Ce CSAPA offre un lieu d'accueil pour boire et manger, un lieu de repos de jour avec dix transats, ainsi que des commodités d'hygiène avec des douches, toilettes et lave-linge. Il distribue du matériel de Réduction De Risques et fait de la prévention. Cela concerne des kits d'injection, des kits "base"[6], des préservatifs, du lubrifiant, des sachets de gel nettoyant ou hydratant, des kits anti-overdose, des jetons[7], etc. Cette organisation et cette offre peuvent faire penser au fonctionnement d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), notamment dans le seuil d'exigence bas. Ces centres s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin et qui, du fait de leur mode de consommation, peuvent être exposées à divers risques.

### *2.2. Equipe et missions*

Chaque membre a un statut et des missions différentes selon sa profession. L'équipe présente sur place se compose d'une cheffe de service, ancienne juriste, qui veille à la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle fait le relais avec la direction et le lien entre les professionnels. Elle est aussi responsable du respect des règles par les usagers. Une secrétaire gère la partie administrative. Elle reçoit les appels téléphoniques et les mails, puis oriente les personnes selon la demande. Un agent d'entretien veille à la propreté des locaux.

Au sein de l'équipe socio-éducative, nous retrouvons un accueillant, qui inscrit les usagers qui viennent au CSAPA, note les rendez-vous et les oriente. Trois éducateurs spécialisés ont pour missions de réaliser les entretiens d'admission afin d'évaluer les besoins, puis d'informer et d'orienter. Ils aident la personne à gérer ses dossiers. Ils participent également à la prévention en informant les usagers sur les risques des consommations et en distribuant du matériel de réduction des risques. Deux assistantes sociales soutiennent l'accès

[5] Méthode consistant à chauffer de l'héroïne sur une feuille d'aluminium, au-dessus d'une flamme, et à respirer à l'aide d'un tube la fumée et les vapeurs qui se dégagent
[6] Matériel de réduction des risques pour l'usage du crack fumé
[7] Nécessaires pour récupérer des Kit Base dans certains automates dans la rue

aux droits sociaux et à l'hébergement. Des juristes interviennent un jeudi matin sur deux pour une assistance juridique.

L'équipe médicale se compose de trois médecins généralistes, une addictologue à temps partiel et un hépatologue présent le lundi matin. Les consultations médicales permettent l'évaluation des besoins, la prescription sur ordonnance de traitements substitutifs, et l'orientation éventuelle vers un spécialiste (dépistage sérologique, soins dentaires, psychiatre, etc.). Sur le plan paramédical, trois infirmiers délivrent les traitements et prennent en soin les blessures somatiques. Une psychologue reçoit l'usager pour lui proposer un espace de travail sur son fonctionnement psychique, dans un soutien et un accompagnement.

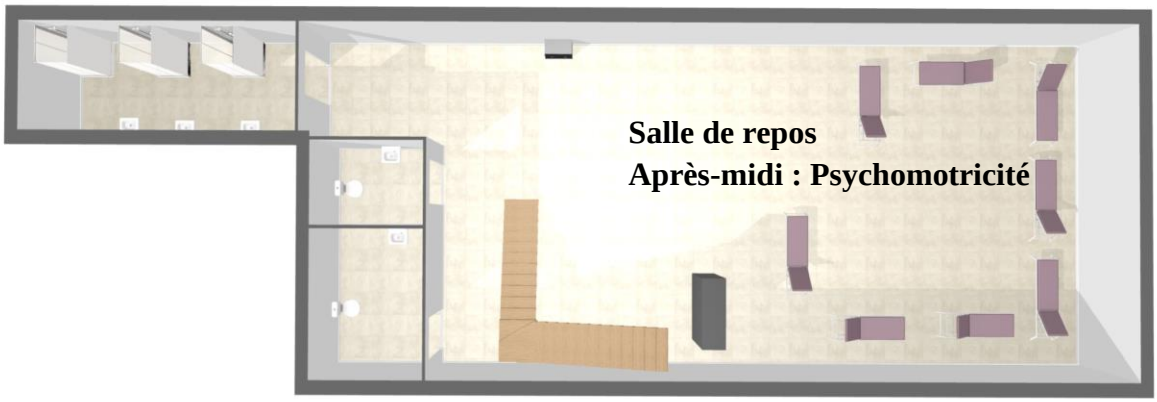
Cette équipe pluridisciplinaire a pour mission commune d'aider et d'accompagner au mieux les personnes sur leurs addictions en coordonnant les soins. Les réunions servent de temps d'échanges sur les situations rencontrées. Les regards différents de chaque membre de l'équipe apportent une analyse globale et permettent l'élaboration d'une meilleure prise en charge de l'usager. L'équipe travaille aussi en lien avec d'autres institutions, telles que les Centres Médico-Psychologiques (CMP), notamment concernant la prise en charge psychiatrique.

### *2.3. Organisation spatio-temporelle*

#### Organisation spatiale

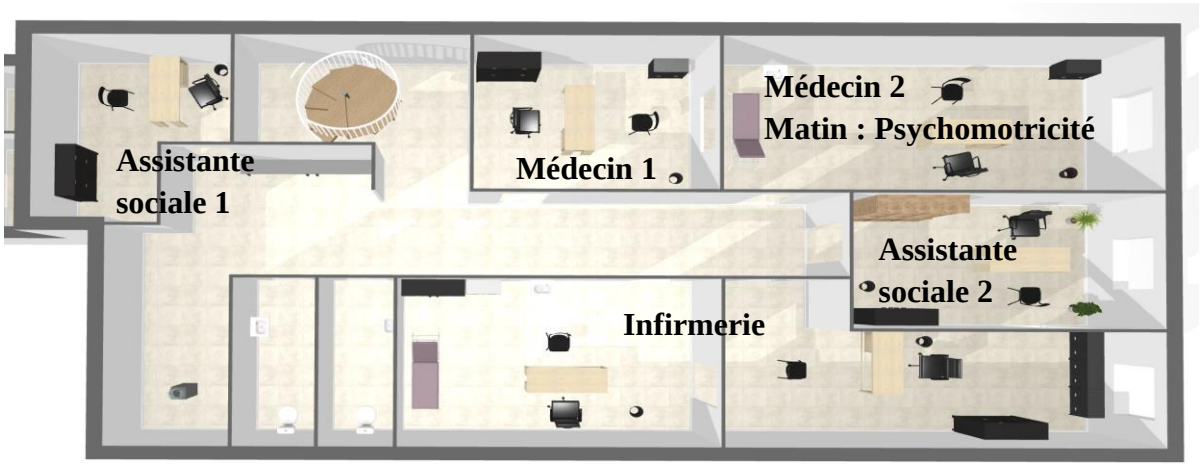
La structure est composée de quatre niveaux. Les plans ci-dessous les représentent du sous-sol au second étage.

- Le sous-sol, composé de la salle de repos, de sanitaires et de douches :

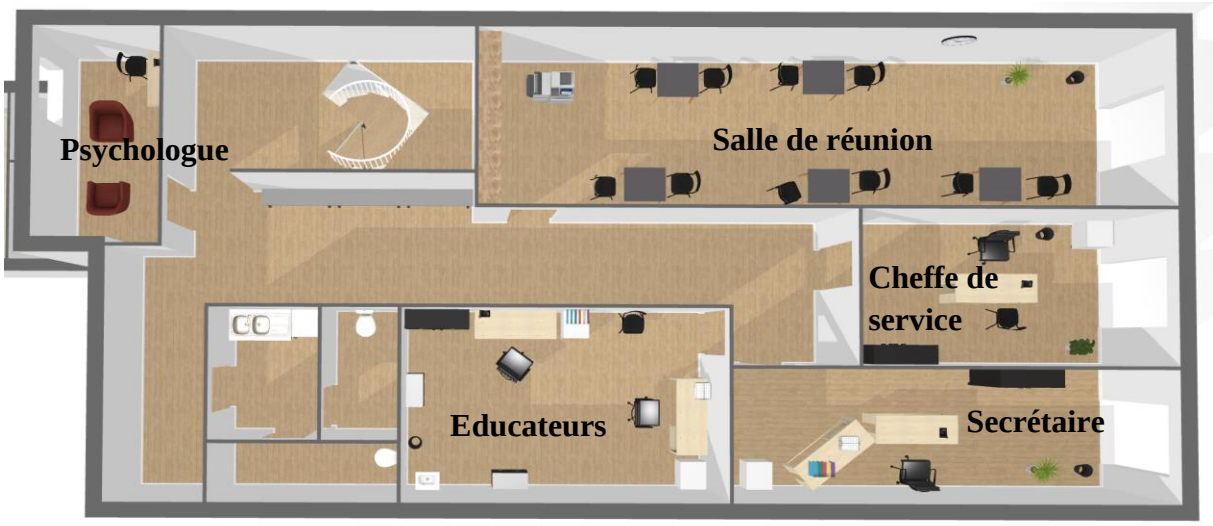


- Le rez-de-chaussée avec l'espace d'accueil, un bureau, la cuisine et les étagères de matériel de réduction des risques :

- Le premier étage comprenant l'infirmerie, les bureaux des assistantes sociales, ainsi que ceux des médecins :




- Le deuxième étage où se situent la salle de réunion ainsi que les bureaux des éducateurs, de la psychologue, de la cheffe de service et de la secrétaire :



En tant que psychomotriciens stagiaires, nous avons à notre disposition le matin un des deux bureaux médicaux du premier étage dans lequel nous faisons nos prises en soins. Nous décalons le bureau sur le côté pour agrandir l'espace de mise en mouvement. Nous plaçons les trois chaises pour former un triangle, afin de représenter un espace de parole et d'échange. Au niveau de notre matériel, nous disposons notre coussin et nos tapis sur une table d'auscultation, et nous mettons l'enceinte, des feuilles et des crayons sur le bureau. L'après-midi, en début de stage, nous avions à disposition le bureau de l'assistante sociale qui était jusqu'alors libre et nous permettait de faire des entretiens. Mais celle-ci étant à nouveau présente dans la structure, nous n'avons pas de bureau attribué pour accueillir les usagers. Nous avons également à notre disposition l'après-midi la salle de repos dans laquelle nous effectuons deux suivis qui nécessitent de l'espace. Nous déplaçons les chaises longues, dans une forme rectangulaire, afin de délimiter un espace de séance.

Les usagers doivent avoir un rendez-vous avec un professionnel pour monter dans les étages du CSAPA, réservés aux bureaux des professionnels. Le matin, ils peuvent circuler librement à l'accueil et dans la salle de repos. Avec la situation sanitaire, ils doivent dorénavant s'inscrire pour les douches et demander pour utiliser les machines à laver. La plupart s'installe sur les bancs en silence après s'être servi une boisson chaude. D'autres, plus habitués, n'hésitent pas à investir l'espace et venir au contact des éducateurs, accueillants et autres professionnels, pour une quelconque requête ou simplement pour discuter.

### Organisation temporelle

Le CSAPA est ouvert à tous sans rendez-vous les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 9h30 à 12h45. La situation sanitaire ne permet cependant la présence que de six personnes en même temps. Les après-midis, ainsi que les mercredis matin, l'accueil se fait uniquement sur rendez-vous.

Une réunion d'équipe a lieu pendant trente minutes au moment de la fermeture du CSAPA le midi, de 13h à 13h30. Elle se déroule à l'accueil. Nous nous relayons une semaine sur deux pour y assister, car nous ne pouvons pas être trop nombreux à cause de la situation sanitaire. Des réunions socio-éducatives et médicales se déroulent à la fermeture du CSAPA le soir.

Le personnel profite d'une heure de pause heure pour déjeuner. Cela permet des échanges informels, et renforce les liens au sein de l'équipe.

Nous effectuons des prises en charge individuelle aux heures d'ouverture du CSAPA aux usagers. Nos séances durent 45 minutes. Cette durée nous semble pertinente dans ce contexte. En ce qui concerne la fréquence, nous avons laissé le choix à chacun des usagers. Ils nous ont tous répondu vouloir instaurer des séances hebdomadaires. Lorsqu'un usager ne vient pas, nous lui laissons son créneau de libre afin de rester disponible et de pouvoir l'accueillir en cas de potentiel retard.

### *2.4. Place de la psychomotricité*

Il n'y a jamais eu de psychomotricien dans la structure, pas même d'étudiant pour un stage expérimental, nous sommes donc les premiers à y développer cette thérapie.

Les différents professionnels ont déjà proposé des pratiques corporelles, des mises en situation d'items psychomoteurs en groupe, sans que des axes thérapeutiques en psychomotricité aient été établis. Par exemple, la cheffe de service a pu proposer du yoga à certains usagers, afin de les aider à s'apaiser lorsqu'ils étaient envahis émotionnellement, notamment par de la colère ou de l'angoisse. Les éducateurs ont également proposé plusieurs ateliers thérapeutiques : football, piscine, running, atelier à médiation artistique, atelier cuisine, etc. Les objectifs concernent principalement l'aspect social et éducatif, dans la volonté d'établir du lien, de partager un moment convivial et de développer l'autonomie. Certains objectifs se rapprochent davantage du corps, notamment dans les recherches de connexion avec soi et de lâcher-prise, amenés par les pratiques sportives. Ils restent cependant différents de ceux que l'on aurait pu évoquer dans le cadre de groupes de psychomotricité. Une danse-thérapeute a également organisé un atelier avec quelques usagers les vendredis matin pendant quelques semaines. Cette dernière pratique pourrait davantage se rapprocher de la psychomotricité, dans l'aspect de thérapie corporelle.

Quant à nous, nous sommes arrivés au CSAPA en janvier 2021 et avons pu proposer initialement des séances individuelles à certains usagers. Les médiations utilisées sont principalement l'expressivité corporelle, le yoga, la danse, la relaxation, le dessin et les techniques de respiration. Les problématiques corporelles rencontrées dans les addictions peuvent se manifester, entre autres, par une mauvaise intégration du schéma corporel, des troubles de l'image du corps et une perturbation du tonus. Il est possible de dégager trois objectifs principaux dans nos prises en soin : faire vivre de nouvelles sensations corporelles en

dehors de la prise de produits, retrouver un corps en relation avec l'environnement et remettre le corps en mouvement dans un plaisir de bouger. Nous avons également la possibilité de mettre en place un groupe d'expressivité corporelle. Il nous permettra d'accueillir quatre autres usagers sur le mois de mai. Ce groupe aura pour objectifs collectifs de travailler le relationnel, la re-narcissisation par le regard des autres et l'organisation spatiale et temporelle en accord avec autrui. Il aura pour objectifs individuels de valoriser son estime de soi et son image du corps en passant par le plaisir dans la remise en mouvements.

En ce qui concerne notre prise de contact avec les usagers, nous avions pour habitude d'être à l'accueil lorsque nous n'avions pas encore de séance en début de stage. Cette posture nous a permis, au début, de rencontrer les usagers pour leur expliquer notre présence au CSAPA ainsi que le rôle de la psychomotricité dans un tel établissement. Si certains considéraient que cela pouvait leur être bénéfique, nous leur demandions d'en discuter avec leur médecin référent du CSAPA, pour avoir une prescription médicale. D'autres usagers nous ont ensuite été directement adressés par des professionnels ou par les médecins eux-mêmes, une fois que le rôle de la psychomotricité au CSAPA a été plus assimilé par l'équipe.

La psychomotricité peut également être perçue au CSAPA dans la disposition de ses espaces : par exemple, à l'accueil, la grande table et les bancs permettent de faciliter les rencontres et échanges le matin, et à l'inverse, des tables plus petites sont isolées et offrent ainsi un endroit calme et tranquille pour les usagers qui en auraient besoin. En ce qui concerne l'aspect sensoriel, l'olfaction est principalement stimulée, avec des odeurs qui se limitent au café, au thé et à une seule saveur de soupe, et le goût avec des madeleines. L'audition peut être plus particulièrement mise en jeu lorsqu'un éducateur choisit de mettre de la musique.

## III. Nos premiers questionnements

Afin de comprendre notre élaboration et le cheminement de nos questionnements, nous vous présenterons dans cette partie notre état d'esprit avant d'arriver dans la structure, ainsi que nos premières observations sur le cadre du CSAPA de manière générale.

1. Avant de commencer

Concernant le thème de l'addiction, nous avons suivi des cours théoriques. Comme nous avons pu l'expliquer précédemment, ce sujet nous intéressait. Nous avons donc fait des recherches, en échangeant avec des étudiants en psychomotricité qui faisaient un stage dans un CSAPA, et également en lisant des articles. Avant de démarrer ce stage, nous avons pris conscience des difficultés auxquelles nous allions être confrontés, comme les absences des usagers. Cela nous a probablement été utile pour ne pas être désarçonné à notre arrivée dans le CSAPA.

Lors du premier entretien téléphonique avec la cheffe de service, celle-ci tient à nous prévenir de la situation précaire de 60% des usagers et que cela peut engendrer des situations violentes ou difficiles à vivre. Afin de nous préserver, elle vient même nous proposer un autre CSAPA dans lequel les personnes sont davantage insérées socialement. Le double problématique d'addiction et de précarité suscite notre intérêt. La situation de précarité des usagers amène une dimension psychocorporelle supplémentaire. Nous souhaitons étudier les possibles liens entre les deux domaines. Nous sommes partagés entre l'appréhension et l'envie de découvrir un nouveau milieu.

2. Premiers pas

Lors de notre entretien pour échanger sur notre projet et découvrir la structure, la médecin, tutrice interne, nous fait visiter. Elle nous explique que le mobilier des bureaux est disposé de telle sorte que le soignant puisse toujours sortir en premier dans le cas où un usager deviendrait agressif. Elle nous montre des trous dans les murs et les portes, témoignages de la colère de certains. Ces informations ne nous rassurent pas quant à la violence qui peut survenir dans la structure, mais lors de ce stage, nous n'avons jamais été confrontés à de tels comportements.

Lors de notre premier jour du stage, nous cherchons à trouver notre positionnement au sein de l'équipe et face aux usagers. Nous passons cette première journée en observation, le matin Kevin est à l'accueil et Julia dans le bureau du médecin, et l'après-midi l'inverse. Suite à cette journée, nous ne reviendrons pas pendant un mois, en raison des travaux de rafraîchissement des locaux et des vacances de Noël.

Rapidement, nous sommes confrontés à de nombreuses absences, comme nous avions pu nous le dire, ce qui constitue pour nous une première mise à mal du cadre. Nous pouvons

supposer qu'elles sont dues à la position particulière que nous renvoyons déjà. En effet, plusieurs éléments rendent notre présence particulière. D'abord nous sommes reconnus comme stagiaires, ce qui représente un apprentissage en cours. Ensuite, nous sommes porteurs d'un métier méconnu dans l'institution. Il n'y a pas de psychomotricien et ce métier est relativement peu connu, surtout dans la santé adulte. Enfin, nous sommes présents un seul jour par semaine, sur une durée déterminée, limitant notre intégration dans l'équipe et l'engagement relationnel des usagers.

Nous arrivons dans une institution où les personnes utilisent facilement le tutoiement. Dans la relation, nous devons nous adapter aux codes de la structure. Nous commençons par le vouvoiement mais acceptons le tutoiement s'il vient de la demande du patient. L'équipe semble présenter une souplesse face aux horaires des rendez-vous. Dans l'ensemble, les personnes se saluent avec le poing, même s'ils ne se connaissent pas. Cela vient pallier la poignée de main, qui n'est plus autorisée en ces temps de pandémie. L'ambiance est alors différente de ce que nous avons connu lors de nos précédents stages. Nous nous interrogeons sur l'impact du fonctionnement des usagers sur l'institution : comment ce lieu de stage modifie notre attitude et positionnement ?

### 3. Observations sur le cadre

Lors de nos premiers pas, nous rencontrons de nombreux usagers. Le second confinement terminé, il y a beaucoup de passage. Le froid de l'hiver entraîne également davantage de personnes sans domicile fixe à venir se réchauffer à l'intérieur. Ils viennent le temps d'un café et de quelques discussions. Nous avons alors la possibilité de nous présenter. Nous commençons à noter quelques noms, à prévoir des rendez-vous, suite à des échanges avec l'équipe. La première étape nous paraît alors simple, les usagers semblent intéressés par nos explications et prêts à découvrir cette nouvelle approche thérapeutique. Pourtant, les jours de présence suivants, nous sommes confrontés à de nombreuses absences. Les usagers ne reviennent pas vers nous par la suite.

Nous rencontrons d'autres complications, qui ne concernent plus les usagers mais l'équipe et les locaux. Tout d'abord, se pose la question de l'intérêt de la présence de la stagiaire psychologue ou de l'assistante sociale dans la prise en soin des usagers. Elles souhaitent assister à la séance en observant, ou en accompagnant la personne "pour la mettre en confiance". L'usager pourrait se perdre dans le rôle de la séance : psychologie, assistance sociale ou

psychomotricité. En début de thérapie, nous ne sentons pas la relation assez installée pour ajouter la présence d'un observateur. De plus, nous changeons de salle entre la matinée et l'après-midi, modifiant les repères pour nous, les usagers et l'équipe. Nous nous questionnons également sur notre démarche. Comment nous positionner pendant les temps informels du matin ? Comment venir présenter le but de notre présence sans être intrusif dans les moments de calme ? Les rencontres sont à la base de notre projet thérapeutique. Nous effectuons de riches observations pendant ces premiers échanges. Nous pouvons déjà obtenir de précieux indices sur la personne : engagement corporel, contact par le regard, communication infra-verbale, etc. Nous sommes dans un bain sonore (discussions, rires, etc.) et sensoriel (odeurs de tabac, alcool, etc.). Le passage dans notre bureau, plus calme, modifie l'atmosphère.

Les autres professionnels sont également confrontés à la mise à mal du cadre par les absences, retards, etc. Ils ne sont pas intransigeants concernant le fonctionnement de la structure, mais rappellent régulièrement le respect du bien-vivre ensemble. La limite du cadre reste difficile à cerner. Certaines règles sont immuables à l'accueil des usagers, notamment concernant le respect des autres et du personnel, ainsi qu'une consommation modérée avant l'entrée et interdite sur place. Cependant, nous ne pouvons pas exiger que les usagers soient sobres et respectent les horaires de rendez-vous.

Le stage expérimental nous oblige à penser notre cadre, en tant que futurs thérapeutes : durée, fréquence, salle et organisation de l'espace. Nous devons nous adapter aux besoins du patient, dans la contenance et le choix de médiation, tout en maintenant et précisant les règles de non-jugement, confidentialité et bienveillance.

# PARTIE 2 : APPORTS THEORIQUES SUR LE CADRE DANS L'ADDICTION ET LA PRECARITE

## I. Le cadre

### 1. Définition

Le mot "cadre" est polysémique mais dans la plupart de ses définitions on retrouve les notions de « *délimitation* », « *armature*" », « c*ontenance* » et « *limite spatiale et temporelle* » (Larousse en ligne, s. d.).

Dans notre mémoire, nous allons tout particulièrement nous intéresser au cadre thérapeutique, défini par Potel (2019) comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (p. 357). Nous allons voir que, dans la prise en charge en psychomotricité, la réflexion en amont sur les éléments qui constituent le cadre est indispensable à la bonne prise en charge thérapeutique.

### 2. Particularités en psychomotricité

En psychomotricité, chaque professionnel s'approprie le cadre, sans forme univoque. Quelle que soit l'approche psychomotrice engagée (évaluation, bilan, prévention, thérapie, rééducation, soin ponctuel, etc.), un cadre thérapeutique qui soutient et sécurise doit être instauré. Il constitue un prérequis fondamental à toute prise en charge, doit être pensé et aménagé en fonction des problématiques individuelles des patients. D'après Potel (2019), au-delà des questions fondamentales sur sa dimension externe, le cadre, pour être sécurisant, s'appuie sur une distance relationnelle adaptée, qui demande une écoute attentive des manifestations psychocorporelles du patient et de leurs résonances chez le soignant.

Le cadre, pour qu'il soit thérapeutique, comprend des conditions particulières. Il prend des dimensions matérielles et psychiques. On peut parler de cadre externe, interne et institutionnel.

#### *2.1. Cadre externe*

Le cadre externe prend principalement en compte l'organisation temporelle, qui comprend l'heure, la durée et la fréquence des rendez-vous, ainsi que l'organisation spatiale,

qui se rattache au lieu de la séance, au sens large, et au matériel qui y est disposé. Le cadre externe concerne également les personnes présentes au cours de la séance, de même que les médiations utilisées.

A propos de l'organisation spatiale, l'aménagement doit se faire de façon réfléchie et structurée en fonction de ce que le patient nous montre de lui, de son organisation psychocorporelle et des objectifs de la prise en charge. Potel (2019) évoque des « *des conditions d'espace* » qui nécessitent de concevoir le lieu de prise en soin comme un réceptacle aux émotions, sensations et mouvements du patient, afin que celui-ci puisse pleinement vivre le moment tout en étant à l'écoute de ce qu'il traverse. Dans cette dimension spatiale, nous retrouvons l'utilisation de matériel spécifique. Le psychomotricien choisit des objets et jeux, qu'il dispose dans la salle, de manière plus ou moins cachée et ordonnée. Cette disposition conditionne en partie les idées d'activité que pourrait proposer le patient. A ce sens, la médiation constitue également un élément du cadre externe, car elle vient modifier l'espace dans les modalités qu'elle nécessite.

Concernant l'organisation temporelle, Potel (2019) explique qu'une « *séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante [...] et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères.* » En effet, il sera donc question ici d'estimer une durée de séance suffisamment longue pour que le patient ait le temps de s'exprimer et d'expérimenter. Elle doit pour autant être limitée, pour établir un cadre temporel. Celui-ci permet que les expérimentations corporelles restent assimilables. Le patient est alors acteur de sa prise en charge dans un temps donné. Le temps est à ajuster en fonction de chaque patient, de même que la fréquence des rendez-vous. Le rythme doit être adapté à la problématique et suffisamment régulier pour créer des repères rassurants et une continuité de soin.

Le cadre externe regroupe aussi les personnes présentes durant la séance. En effet, le dispositif peut concerner une séance individuelle, mais également un groupe. Le thérapeute fait ce choix en fonction des objectifs qu'il souhaite faire travailler. La présence d'un ou plusieurs thérapeutes, dans le cadre d'une co-thérapie par exemple, est également à prendre en compte.

### *2.2. Cadre interne*

Le cadre interne concerne les savoir-faire et savoir-être, ainsi que les appuis théoriques. La bonne mise en place de ces modalités permet d'instaurer l'alliance thérapeutique. Elle

pourrait être définie comme « *la collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » (Bioy *et al.*, 2012). Elle permet l'adhésion du patient aux soins, dans le but de mener au mieux la prise en charge. Pour que cette alliance perdure, la relation thérapeutique doit être entretenue à chaque séance. Le thérapeute doit se montrer fiable et régulier pour fournir une bonne qualité de portage psychocorporel. Ce portage inclut les notions de portages psychique et physique, décrites par Winnicott en termes de *holding* et *handling* (1975). Le *holding* renvoie à la manière de porter, physiquement et psychiquement. Le *handling* concerne les soins prodigués. Le psychomotricien est à l'écoute du patient dans le but d'étayer ces deux dimensions afin de permettre l'instauration de l'alliance thérapeutique. Giromini (2019) nous rappelle que notre premier engagement avec autrui passe par nous-même, par notre savoir-être. Elle explique qu'en « *s'engageant dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être* [...] *qui s'implique dans la relation : ce qui s'éprouve alors à l'instant même de la rencontre est une singularité et une altérité essentielle, du même, de l'autre dans un espace transitionnel* » (p. 21).

Les séances de psychomotricité s'inscrivent dans un cadre thérapeutique fixe. Il s'agit là de venir proposer une régularité dans la séance, proche d'une monotonie. Elle vient rassurer et contenir le patient pour instaurer une relation de confiance. Une fois ce socle solide de la relation créé autour de la prévisibilité et de l'écoute des besoins du patient, il est possible de venir introduire, progressivement, de nouveaux éléments lorsqu'ils sont nécessaires ou bénéfiques à l'avancée de la prise en charge. En effet, l'écueil à éviter serait de vouloir à tout prix suggérer une multitude de propositions, par angoisse de ne pas proposer assez de contenu au patient, ou encore pour faire écho à sa possible désorganisation.

Le cadre interne renvoie ainsi à la relation thérapeutique. La distance doit être ajustée. Trop grande, elle peut susciter un sentiment d'abandon ou de rejet. Trop proche, elle porte un risque d'intrusion, voire d'incestualité. La juste distance physique et psychique favorise le sentiment de sécurité, avec des patients pour lesquels la rencontre avec l'autre peut rapidement devenir une source angoissante de menace de son intégrité. Ainsi, le non-respect d'une distance relationnelle sécurisante peut amener à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs auxquels le patient aura recours afin de se protéger de la menace d'intrusion.

Le thérapeute réfléchit à son placement physique dans l'espace et son positionnement par rapport au patient. Il les fait varier, en fonction de son état et de son évolution. En étant attentif à la communication infra-verbale du patient et à la sienne en tant que thérapeute, il peut ajuster sa tonicité, sa posture et sa prosodie pour créer un climat propice à la rencontre. Il ne

suffit pas d'être avec l'autre pour se rencontrer. Cela nécessite une qualité de présence et d'écoute fine du dialogue tonico-émotionnel, des manifestations psychocorporelles du patient et de leur résonance chez le soignant.

Bien que le matériel fasse partie du cadre externe, Potel (2019) précise que son choix est régi par la propre sensibilité du psychomotricien et par conséquent par les affinités sensorielles qui lui sont spécifiques. Dans la même dynamique, la médiation peut elle aussi faire partie du cadre interne, dans le sens où elle vient de la sensibilité du psychomotricien. Il se sert des pratiques qu'il affectionne, sur lesquelles il a pu être formé. Il part des envies et besoins du patient pour choisir la médiation qui lui serait la plus bénéfique. Le psychomotricien joue de ses qualités d'adaptation pour rendre la technique accessible et motivante pour le patient.

Le cadre interne de la séance est également construit grâce aux appuis théoriques du psychomotricien. Grâce à ses connaissances, il saura proposer des séances adaptées au patient en fonction de ses problématiques, et ainsi contenir les possibles manifestations psychocorporelles dues à sa pathologie.

### *2.3. Cadre institutionnel*

Le cadre de la psychomotricité se pense au sein de l'approche institutionnelle. Il comprend des « *conditions d'encadrement* » selon Potel (2019), qui pense à la possibilité de mener seul ou à plusieurs une séance. Elle explique que la « *mise en place d'un travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes.* » Ce cadre comprend aussi des "*conditions de fonctionnement institutionnel*" selon Potel (2019). Pour prendre en compte le patient dans son ensemble, le « *cadre thérapeutique* [...] *s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée* » (Potel). En effet, la continuité de la relation s'éprouve aussi au travers du lien entre les différents professionnels. L'enveloppe institutionnelle assure portage et contenance.

L'institution joue aussi un rôle de tiers dans la relation. Ce tiers protège de la fusion, de la toute-puissance et de la crainte de la dépendance. Le patient vient déposer une partie de lui-même en psychomotricité, mais non son fonctionnement global. Le travail et les discussions en équipe sont alors essentielles. La mise en commun des vécus et expériences lors de temps de réunion s'avère indispensable pour recomposer ensemble le puzzle du fonctionnement

psychique et psychocorporel du patient. Il est également important de réaliser des liens entre les différents lieux de prise en charge impliqués dans le parcours médical, social et éducatif du patient.

La loi instaure un cadre légal aux CSAPA. Ils sont caractérisés par « *leur proximité* », « *leur pluridisciplinarité* » et « *un accompagnement dans la durée* »[8]. Ils ont des missions obligatoires d'accueil, d'information, d'évaluation médicale, psychologique et sociale. Ils ont également un devoir d'orientation vers d'autres centres plus spécialisés si cela est nécessaire. Ils peuvent ensuite avoir des spécialisations dans certains produits.

Le cadre du CSAPA mêle des problématiques d'addiction et de précarité. Dans le cadre de notre clinique, il nous est difficile de différencier leurs conséquences sur les manifestations psychocorporelles. Nous allons ici définir de manière approfondie ces deux notions, avec les répercussions possibles qu'elles peuvent avoir sur l'individu du point de vue de son fonctionnement psychomoteur, notamment les limites et les enveloppes, ainsi que leur lien avec la mise à mal possible du cadre.

## II. L'addiction

Dans notre société, les personnes utilisent dans la conversation de manière parfois indifférenciée les termes de "toxico", "dépendant" ou "addict". Nous souhaitons effectuer un préambule sur ces notions proches.

La syntaxe du mot "toxicomanie" renvoie à deux notions. Nous retrouvons l'idée du produit dans le terme grec *toxikon*, signifiant "poison", ayant donné sa racine au mot "toxique". Il est alors connoté négativement dans sa caractéristique d'empoisonnement du consommateur. Il y a également une dimension psychiatrique, dans la seconde partie, qui vient du grec *mania*, "folie", qui renvoie au côté pathologique.

La notion de dépendance renvoie à l'impossibilité d'effectuer un choix, tant l'objet de dépendance devient un besoin essentiel. Le terme prend sa racine dans le latin *dependere*, qui exprime la situation d'"être suspendu". L'usager est suspendu dans son choix de consommer le

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

produit, incapable de s'abstenir. Nous retrouvons des dimensions de dépendance physique, dans l'état d'adaptation physiologique résultant de la consommation régulière d'une drogue, responsable du syndrome de sevrage et d'une tolérance accrue, mais aussi psychique, avec le phénomène de craving, envie irrépressible de réaliser le comportement.

Quant à l'addiction, sa racine étymologique vient du latin *addictus*, qui signifie "adonné à". Le terme était utilisé en droit romain, dans « *une coutume ancienne par laquelle un individu était donné en esclavage* » (McDougall, 2004). Le sujet était dans une situation d'incapacité de payer ses dettes. Il se trouvait alors dévoué à son créancier qui avait le droit d'utiliser sa personne comme un esclave. La contrainte par le corps était évoquée. Le terme d'addiction pourrait sous-entendre l'absence d'indépendance, de liberté.

1. Généralités

Nous pouvons nous référer à la définition de l'addiction dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) : « *mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux ou plusieurs des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois* ». Les onze manifestations ou critères diagnostiques du DSM-V sont :

- « *Le besoin impérieux de consommer la substance ou de jouer (craving)*
- *La perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu*
- *Beaucoup de temps consacré à la recherche de substance ou au jeu*
- *L'augmentation de la tolérance au produit addictif*
- *La présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu*
- *L'incapacité de remplir des obligations importantes*
- *L'usage même lorsqu'il y a un risque physique*
- *Des problèmes personnels ou sociaux*
- *Des désirs ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité*
- *Les activités de la vie quotidienne réduites au profit de la consommation ou du jeu*

- *La poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques* »

L'intensité de l'addiction est quantifiée en fonction du nombre de manifestations présentes sur une période continue de douze mois. La présence de deux à trois critères renvoie à une addiction faible, quatre à cinq critères notifient une addiction modérée, et au-delà de six, il s'agit d'une addiction sévère.

L'addiction peut concerner les substances psychoactives licites ou illicites, ainsi que les comportements. Elle peut se résumer par la perte de la liberté de s'abstenir. Il s'agit d'une maladie multifactorielle, variable dans ses manifestations. Elle peut être envisagée selon les effets des substances, que nous étudierons par la suite, et sur le plan comportemental. Dans les addictions, nous retrouvons « *une racine commune dans la recherche compulsive d'une sensorialité excessive* » (Constant & Exposito, 2019, p. 311). Nous y relevons deux processus : la personne ne peut pas résister à l'envie de consommer sans manifester de l'angoisse, et elle a besoin de ressentir des sensations intenses. Concernant la difficulté à résister, elle renvoie notamment au phénomène du craving, qui correspond à l'envie irrésistible de consommer. Il s'associe au manque, à la tolérance et à la perte de contrôle.

L'addiction peut donc se définir comme un « *processus par lequel un comportement, qui peut être à la fois source de plaisir mais également permettre d'échapper à une sensation de malaise interne, est employé selon un modèle caractérisé par une perte de contrôle et sa persistance en dépit de ses conséquences négatives importantes.* » (Goodman, repris par Pedinielli et al., 2017).

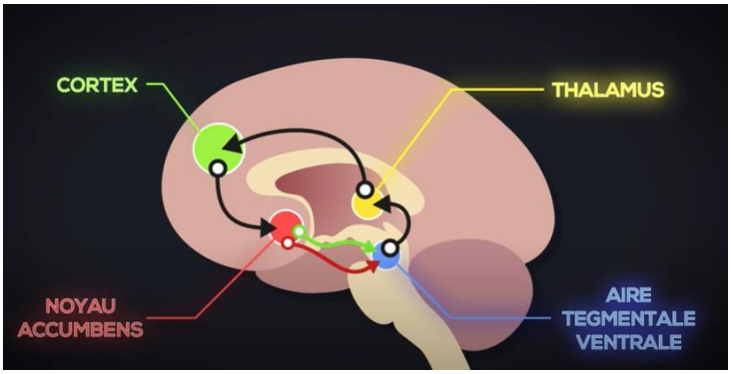
2. Point de vue neurobiologique

Pour mieux comprendre le processus d'addiction, nous allons nous intéresser aux phénomènes neurobiologiques qui le sous-tendent. La neurobiologie nous renseigne sur ce qui se passe dans le cerveau au moment du comportement. Nous étudions ici les substrats neuroanatomiques qui conduisent aux comportements addictifs et les notions de plaisir et de cercle vicieux qui en découlent.

*2.1 Substrats neuroanatomiques de l'addiction*

Les théories actuelles estiment que le mécanisme de l'addiction se met en place au niveau du cerveau, dans ce que l'on nomme le circuit de la récompense.

Ce circuit part du cortex cérébral, va dans le noyau accumbens, puis dans l'aire tegmentale ventrale et revient au cortex via le thalamus. Lorsque le cerveau analyse une situation plaisante, il active le système de récompense. Cela enclenche la libération de neurotransmetteurs, de type dopamine, qui atteint son niveau maximum lorsque la personne perçoit le rapprochement de l'objet.




*Représentation schématique et simplifiée du circuit de la récompense.*

(Capture d'écran tirée de la vidéo YouTube : https://www.youtube.com/watch?v=mEuokfY0EH0&t=48s&ab_channel=MaadDigital)

Suite à sa réalisation, le comportement est mémorisé avec un souvenir positif. La dopamine provoque un effet renforçant, qui encourage la répétition de l'action. La prise de substances psychoactives provoque une libération de ce neurotransmetteur plus importante que celle pour une récompense naturelle (manger, faire du sport, etc.). L'hyperactivité du circuit de la récompense entraîne un comportement compulsif, associé à une perte de contrôle et de motivation.

*2.2. Notion de plaisir et cercle vicieux*

L'activation de ce circuit de la récompense engendre une sensation positive. McDougall (2004) voit dans le processus de l'addiction cette notion de plaisir, qui dans l'immédiateté du moment, va se révéler bénéfique pour le consommateur. En effet, l'objet d'addiction aura pour

but de venir diminuer, de manière rapide, la souffrance engendrée par des « *états affectifs vécus comme intolérables* ». McDougall appelle ce phénomène « *l'économie addictive* ». Ce système d'économie psychique est présent chez la plupart d'entre nous. En effet, nous avons tous tendance à venir manger, boire ou fumer pour essayer de contenir nos conflits internes. Le problème se pose lorsque ce mécanisme s'offre à nous comme « *seule solution* » à soulager notre mal-être.

L'appareil psychique est mis de côté, court-circuité, au profit d'un recours direct au centre de la récompense. Ramo (2015) explique : « *en dépit des répercussions néfastes dans les différents domaines de la vie, le corps est pris dans et par la répétition d'un comportement irrépressible, visant à la fois à produire du plaisir et à éviter ou diminuer une tension interne*. » La consommation amène une notion importante de plaisir. Cette sensation encourage la reprise. La recherche de plaisir n'a plus de contrôle inhibitif. Ce comportement peut renvoyer à la théorie de la psychosomatique relationnelle décrite par Sami-Ali (2011). Dans celle-ci, il établit une causalité circulaire au sein de l'unité entre le soma et la psyché. Il évoque alors l'impasse du cercle vicieux, où la solution au conflit entraîne le conflit lui-même. Pour calmer son anxiété, l'individu trouve une solution, qui entraîne une nouvelle problématique. Il est alors contraint d'augmenter les mécanismes de la solution.

### 3. Facteurs de risque

S'est longtemps posée la question de ce qui conduisait à une addiction. A ce sujet, il n'y a pas de réponse univoque, mais des facteurs de vulnérabilité ont pu être établis. L'addiction est un trouble représenté par une triade et que sa survenue repose sur trois composantes en interaction : l'individu, le produit et l'environnement. Cela renvoie à l'aspect de rencontre entre le sujet et un objet d'addiction, dans un contexte particulier. En référence à Olievenstein, nous pouvons parler de « *rencontre singulière entre un individu et un produit à un moment socioculturel donné* » (Constant & Exposito, 2019, p. 316). Ce psychiatre, spécialisé dans le traitement de la toxicomanie, souligne l'importance de prendre en compte la situation dans son ensemble, afin de comprendre ce qui soutient le développement de la dépendance. Son installation vient de « *la cristallisation opérée entre* [les] *propriétés pharmacologiques* [du produit] *et une histoire de vie* » (Le Breton, 2012). Dans le contexte de précarité du CSAPA, la consommation peut venir en réponse aux conditions de vie insécurisantes. Certains sujets « *sont*

*en proie à l'addiction, à l'errance, comme tentatives à hauts risques d'échapper à l'insupportable, l'indicible* » (Garnier, 2019).

Il existe tout d'abord des facteurs individuels de protection et de vulnérabilité. En effet, les personnes ne réagissent pas de la même manière face à la consommation de toxiques. La génétique prédispose l'individu aux effets des drogues sur son métabolisme. Cela se retrouve principalement dans les allèles des gènes qui codent pour les récepteurs à la dopamine. L'âge du consommateur est aussi un paramètre important, et plus particulièrement en ce qui concerne l'initiation précoce. En effet, la maturité cérébrale influence le développement de la dépendance. Par exemple, plus le sujet est jeune lorsqu'il goûte de l'alcool, plus son attractivité envers ce produit sera forte plus tard. Le genre de la personne semble aussi jouer un rôle dans l'installation de l'addiction. Cette notion renvoie aux « *comportements sociaux attendus et considérés comme appropriés pour un sexe donné* » (Lambrette, 2014). Hormis les troubles des conduites alimentaires, le fait d'être un homme constitue une vulnérabilité au niveau de « *l'attirance du produit ou de la conduite ; la fréquence ; l'intensité addictive qui est recherchée* » (Lambrette). La personnalité semble impacter le processus d'addiction. Certains comportements, conduites et attitudes stables dans le temps peuvent avoir une valeur prédictive dans la survenue de consommation à risque. Par exemple, une personne anxieuse peut chercher dans la consommation un apaisement, ou la prise de toxiques peut aussi venir combler une avidité de sensations fortes. Il est également à noter que de nombreuses études mettent en avant la comorbidité entre conduites addictives et troubles psychiatriques.

D'autre part, l'environnement est un facteur majeur dans les addictions. Le contexte familial, social et culturel va intervenir dans la régulation des consommations des produits ou des comportements. Tout d'abord, la solidité et la qualité des liens d'attachement avec les parents aident « *à diminuer l'exposition aux produits et augmente les compétences sociales, particulièrement la capacité à verbaliser* » (Morel, 2015, p. 248). Le groupe de pairs tient aussi une influence dans l'exposition aux toxiques et dans les prises de risques. Il peut être à la fois un facteur de résistance si l'entourage présent régule et informe sur les consommations, et à la fois un facteur de risque si l'usager fait partie d'un groupe qui promeut et valorise la prise de substances. La bonne insertion sociale constitue également un facteur de résistance au développement d'une addiction. Le stress environnemental fait également partie des critères qui vont favoriser la prise de substances, et par conséquent l'addiction. L'influence de l'environnement va donc dépendre du parcours de l'individu, tant sur les plans familial, amical que professionnel, ainsi que sur l'environnement extérieur dans lequel il évolue.

Enfin, les pratiques et les produits ont des potentiels addictifs variables. Nous allons étudier que les substances produisent des effets différents. Ils vont avoir une interaction avec les neurotransmetteurs de natures et d'intensités particulières.

## 4. Effets des substances

Nous sommes dans un CSAPA où les addictions sont majoritairement avec produit, nous porterons alors une attention particulière à ce phénomène. Le mode de consommation et la nature de la drogue auront bien évidemment des conséquences sur l'effet escompté, mais permettront également de nous renseigner sur le but recherché dans la consommation. Il est possible de classer les différentes drogues en trois catégories, selon la nature de leur effet principal : les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs. Cette classification nous permet d'en savoir davantage sur les effets généraux des substances psychoactives et de ce qu'elles engendrent au niveau psychocorporel. Nous souhaitons étudier plus précisément les spécificités des produits majoritairement rencontrés au CSAPA. Il est à noter que les effets présentés ci-dessous varient d'un individu à l'autre et dépendent de plusieurs facteurs tels que le sexe, l'âge, le poids, la quantité consommée, la fréquence de consommation, sa durée, etc.

### *4.1. Dépresseurs*

Les dépresseurs « *ont une action principalement sédative et vont diminuer l'activité du cerveau* » (Morel, 2015, p. 25). Cela concerne l'alcool, les opiacés tels que la morphine ou l'héroïne, les tranquillisants comme les benzodiazépines, les solvants volatiles et les anesthésiants. Lors des premières consommations, ou avec le développement d'une tolérance, certaines de ces drogues, essentiellement l'alcool et les benzodiazépines, peuvent provoquer « *paradoxalement une désinhibition* » (Morel). Quant aux anesthésiants, ils peuvent entraîner des délires. Consommés à forte dose, les dépresseurs ralentissent à l'extrême le système vital, pouvant causer le coma ou la mort.

#### L'alcool

L'alcool est le produit de la fermentation ou distillation de grains, légumes ou fruits. Les boissons fermentées les plus connues sont la bière et le vin. Elles contiennent une teneur en alcool entre 5 et 10 degrés. Cette proportion est nettement plus élevée dans les boissons

distillées, que sont notamment le whisky et le rhum. La consommation d'alcool se mesure en nombres de verres standards, qui contiennent 13,6 grammes d'alcool.

L'alcool prend une dimension culturelle notable. Sa consommation fait partie d'un art de vivre ancré dans la culture française. Une quantité modérée d'alcool va entraîner une sensation de détente et diminuer l'inhibition, favorisant ainsi le contact social. Ces effets sont les buts les plus couramment recherchés dans la consommation d'alcool.

Comme nous avons pu l'expliciter précédemment, l'alcool fait partie de la famille des dépresseurs. Parmi les effets recherchés les plus problématiques, nous retrouvons la tentative de résolution des troubles d'ordre psychique. Le pouvoir anesthésiant de l'alcool vient soulager le sentiment dépressif à court terme. Son effet narcotique peut également permettre de réduire l'état de nervosité. Certaines personnes vont consommer de l'alcool en guise de somnifères. Cependant, sa consommation à long terme perturbe le sommeil, entraîne un effet déstabilisant décuplant les peurs et renforce le sentiment de dépression. L'alcool peut également être consommé pour soulager la douleur physique. Mais là aussi, malgré son effet antalgique rapide, l'alcool empêche le bon fonctionnement du processus de guérison.

Parmi les effets délétères de l'alcool, nous retrouvons, en fonction de la quantité consommée, une baisse de la concentration, une réduction du contrôle musculaire et des réflexes, une marche chancelante, des difficultés d'élocution, une diminution de l'acuité olfactive, gustative, visuelle et auditive, des troubles de l'humeur et de la mémoire, des nausées ou vomissements, etc. Si l'alcool est consommé par des personnes susceptibles de faire des crises psychotiques, cela pourrait provoquer une perte de contact avec la réalité, une accentuation des délires et donc une situation qui pourrait être vécue de manière très anxiogène.

### L'héroïne

L'héroïne fait partie de la famille des opioïdes hémi-synthétiques. Elle est fabriquée à partir de morphine traitée chimiquement. Cette molécule est extraite des plantes de la famille des pavots à opium. Le plus communément, l'héroïne se prend par injection intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée, ou bien par inhalation.

Faisant partie de la famille des opiacés, l'héroïne se retrouve également dans la catégorie des dépresseurs. Les principaux effets recherchés lors de sa consommation concernent la disparition de la douleur physique ou mentale, ainsi que la sensation de bien-être avec soi-même. L'héroïne est rapidement absorbée par le cerveau et produit un effet immédiat. En petites

quantités, elle va pouvoir jouer une fonction sociale en rendant bavard, plein d'énergie, passionné et sûr de soi. A dose plus forte, un état de transe peut se déclencher, entraînant une possible déconnection avec le monde environnant. Le "rush", qui survient après l'injection, est marqué par une période d'euphorie, puis est suivi par un sentiment de douceur et d'apaisement. Cet effet n'est pas aussi intense lorsque l'héroïne est fumée. Nous retrouvons, spécialement chez les consommateurs d'opiacés, une « *anesthésie corporelle* [...] *qui alterne avec une hypersensibilité à la douleur* » (Constant & Exposito, 2019, p. 314).

Parmi les autres effets physiologiques, nous pouvons retrouver des nausées, un ralentissement de la respiration, des micro-pupilles, des démangeaisons et une transpiration importante.

### *4.2. Stimulants*

Les stimulants regroupent les dérivés de la cocaïne, les amphétamines comme l'ecstasy, la nicotine et la caféine, entre autres. Ces substances ont un effet d'accélération de l'activité du système nerveux central. Elles offrent l'impression d'être en pleine forme, en diminuant les sensations de faim et de fatigue. Cependant, elles sont coûteuses en énergie. Avec une dose importante, elles peuvent engendrer des troubles cardio-vasculaires et un épuisement.

#### Le tabac

Le tabac est une plante qui contient de la nicotine, molécule aux effets stimulants. Les feuilles de tabac sont principalement fumées ou chiquées.

Les effets les plus recherchés dans la consommation de tabac sont la gestion de l'anxiété, la concentration et le plaisir. La dépendance est liée aux effets psychoactifs de la nicotine. Ils procurent du plaisir et de la détente, et ont des actions anxiolytiques et coupe-faim. Dans une dynamique sociale, l'usage du tabac est également « *un véritable marqueur d'intégration et de distinction* » (Delorme & Fouilland, 2015, p. 123). Pour certains, la "pause clope" devient un automatisme qui vient aussi structurer et rythmer la vie du sujet.

La fumée du tabac peut irriter les yeux et la gorge. Elle peut aussi provoquer des migraines, des étourdissements, des nausées, et perturber les voies respiratoires. Les conséquences délétères viennent avec la répétition rapprochée de la consommation. Elle

s’explique en partie par la courte durée des effets, et la forte accoutumance de la nicotine. Le danger est important, avec un risque de développer des cancers et troubles bronchiques graves.

Le crack

Le crack est un dérivé de la cocaïne, issue des feuilles des arbustes à coca. Nous nous pencherons plus particulièrement sur les effets du crack, car les usagers du CSAPA consomment majoritairement de la cocaïne sous cette forme. Le crack prend la forme d’un “caillou”. Il est obtenu à partir de cocaïne diluée dans de l’eau, mélangée préférentiellement avec du bicarbonate de soude. Si le solvant utilisé est l'ammoniac, nous parlerons plutôt de “freebase”. Ce mélange est chauffé et donne des cristaux. Le produit est majoritairement inhalé par les consommateurs.

Les effets du crack sont les mêmes que la cocaïne, mais en décuplés. En effet, ils sont rapides et intenses. La cocaïne fait partie des psychostimulants. Sa consommation rend euphorique. La personne est envahie par une sensation de bien-être, avec un sentiment de puissance intellectuelle et physique. Les perceptions sensorielles sont développées. Le craving est important.

A haute dose, la cocaïne peut engendrer des attaques de panique, des symptômes psychotiques comme la paranoïa ou des hallucinations, et un comportement excentrique. Au niveau des effets physiologiques, la cocaïne peut accélérer la respiration et les battements du cœur, et faire monter la tension artérielle et la température corporelle.

### *4.3. Perturbateurs*

Les perturbateurs sont composés de molécules qui altèrent les perceptions. Le consommateur peut avoir des vécus hallucinatoires, plus ou moins agréables, avec des modifications de ses émotions. Ces effets sont ceux du cannabis et des hallucinogènes. La dépendance est moindre, tant dans son aspect physique que psychologique.

Le cannabis

Le cannabis est un produit extrait du chanvre, utilisé pour ses effets psychoactifs perturbateurs, mais aussi thérapeutiques. Il se présente notamment sous la forme de feuilles

séchées, de résine ou d'huile. Le cannabis contient deux composants chimiques principaux, de la famille des cannabinoïdes. Le THC (delta 9-tétrahydrocannabinol) est responsable de la sensation d'euphorie. Quant au CBD (cannabidiol), il compense certains effets négatifs du THC.

L'origine du cannabis peut diversifier les effets. En outre, il peut agir dans le sens de l'atténuation de certaines sensations. Il joue alors le rôle d'anxiolytique, de somnifère, de décontractant musculaire ou d'antalgique. Au contraire, il peut amplifier les sensations. Il provoque de l'euphorie, une conscience accrue de soi, une augmentation de la créativité et de l'appétit ou une perception auditive et visuelle exacerbée. Il vient aussi favoriser le lien social, dans la communication entre les consommateurs, avec un besoin irrépressible de bavarder et de rire.

La fumée du cannabis irrite les voies respiratoires. Les conséquences délétères concernent les troubles cognitifs, avec des troubles de la pensée et de la mémoire, ainsi qu'un affaiblissement des facultés intellectuelles. Les consommateurs chroniques sont davantage concernés par une diminution de la motivation, avec un apragmatisme et une anhédonie. Il n'est pas rare que l'on retrouve des pathologies psychiatriques chez les personnes dépendantes au cannabis. Les effets hallucinogènes peuvent aggraver le processus dissociatif de la schizophrénie.

### *4.4. Polyconsommation*

Il n'est pas rare que les usagers du CSAPA soient polyconsommateurs, c'est-à-dire qu'ils ont pour habitude de consommer plusieurs substances pendant la même période. Le mélange de ces substances et les interactions entre les différentes catégories de produits peuvent engendrer de nombreux effets imprévisibles et désagréables, voire dangereux. L'association de substances entraîne de manière générale l'augmentation des risques cardio-respiratoires et d'overdose. De plus, la polyconsommation augmente les risques d'usage nocif et de dépendance. Dans ce sens, il existe des potentialisateurs, qui sont des « *substances qui augmentent la réceptivité du cerveau à telle ou telle substance* » (Morel, 2015, p. 28). Le mélange de substances complique également la prise en charge, car le professionnel de santé doit trouver des solutions pour chaque produit et les traitements substitutifs ne sont pas forcément compatibles entre eux. En outre, le soin sera plus efficace s'il concerne le

comportement addictif et ses mécanismes sous-jacents. Nous voyons l'importance de prendre en compte la conduite générale de l'addiction.

## 5. Sémiologie psychomotrice de l'addiction

L'addiction vient perturber la régulation tonique, en lien étroit avec les émotions. Les « *manifestations toniques* » sont importantes à observer, car elles traduisent « *l'investissement psycho-corporel du patient* » et « *la place que prend* [le] *produit dans cette organisation* » (Dupin & al., 2018, p. 626). Nous retrouvons souvent une hypertonie générale, une certaine rigidité qui peut jouer le rôle de carapace tonique. L'individu présente de grandes difficultés à se relâcher, avec de possibles paratonies. Il ne parvient plus à s'auto-réguler sans le produit. Au niveau de la posture, le sujet addict peut se présenter en enroulement, dans une difficulté d'intégration de l'axialité.

La consommation renvoie à un défaut d'ancrage corporel. Le sujet est désorienté, en manque de stabilité psychique. Il joue cette instabilité dans le corps, avec une consommation qui perturbe ses appuis au sol. Cela engendre des troubles de l'équilibre dynamique et statique, eux aussi corrélés avec la dimension affective. La motricité globale est désorganisée, avec des troubles de la coordination et éventuellement de la marche. L'initiative motrice est perturbée.

Le rapport au temps et à l'espace de l'usager est altéré. Il recherche des objets concrets, pour pallier son manque de symbolisation. La journée est rythmée selon les consommations. De plus, la sphère spatio-temporelle est souvent impactée par une histoire de vie séquentielle, marquée de ruptures.

La sensorialité est touchée par la prise de produits, selon le mode de consommation et la substance psychoactive consommée. Ces deux éléments provoquent des atteintes organiques qui amènent une détérioration du corps. Les zones du corps par lesquelles le produit est consommé peuvent être douloureuses et, comme expliqué précédemment, certaines substances vont altérer les ressentis en les minimisant ou en les décuplant. Selon le phénomène, nous parlerons d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Au niveau des représentations corporelles, il peut exister un défaut d'intégration du schéma corporel et des difficultés à se représenter son corps dans ses limites et son unité. Il est majoritairement désinvesti, comme inhabité. A l'inverse, les zones par lesquelles le produit est consommé peuvent être surinvesties au détriment du reste du corps, l'image du corps en sera alors perturbée.

Le sujet addict peut avoir tendance à se dévaloriser. Il éprouve des difficultés à identifier ses émotions, qui peuvent parfois l'envahir. Il peut présenter une labilité émotionnelle, selon la distance à la dernière prise. Il est souvent retrouvé « *une carence imaginaire* », en miroir au sentiment de vacuité qu'ils peuvent éprouver (Constant & Exposito, 2019, p. 315). De plus, les liens affectifs sont difficiles à conserver.

## III. La précarité

### 1. Définition

Nous avons dans le Larousse en ligne cette définition de la précarité : « *état, caractère de ce qui est précaire* ». Cet adjectif qualifie ce « *qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause* » et « *qui est d'une sécurité douteuse* » (s. d.). Nous retrouvons dans ces définitions les notions d'insécurité et d'instabilité qui semblent centrales. Cette insécurité peut notamment toucher l'emploi, amenant à la pauvreté. La précarité rend l'avenir incertain, dans « *un processus d'instabilité qui vise les individus pris un par un* » (Furtos, 2008). La personne en situation de précarité n'aurait alors plus de repères et d'appuis stables pour mener son existence. Nous retrouvons également cette dimension de « *processus de précarisation* », qui implique une recherche pluridisciplinaire des mécanismes en jeu. (Zaouche Gaudron & Sanchou, 2005).

La précarité se doit d'être prise en compte dans son aspect social. Elle est d'autant plus présente dans une société où la possession d'objets traduit la richesse. Il est également socialement valorisé aujourd'hui d'être accompli dans sa vie, le plus tôt possible, que ce soit dans les domaines professionnel, économique ou familial. Furtos (2008) propose de définir la précarité selon ces deux caractéristiques. Il associe « l'*autoréalisation de soi devenue une exigence sociale*", avec "*une réduction du temps octroyé au sujet afin de mener à bien cette exigence* ».

La précarité renvoie ainsi à une instabilité. Elle touche l'individu dans la sécurité de ses conditions de vie, et donc dans son sentiment de sécurité psychocorporelle interne. La précarité se doit d'être prise en compte par rapport à la société dans laquelle le sujet évolue. En effet, les normes sociales impactent la notion d'état précaire.

2. Processus psychocorporel

Des conditions de vie précaires confrontent l'individu à des éléments tels que le froid, les parasites ou la violence. Ces derniers ont des impacts importants sur le corps. La peau des personnes sans domicile fixe se retrouve marquée, représentation extérieure de leur souffrance interne.

La personne en situation de précarité n'arrive plus à se réinscrire dans une unité temporelle, car la rue a sa propre temporalité. Elle ne trouve plus d'appui stable et d'ancrage temporel. Les troubles de l'organisation temporo-spatiale concernent des défauts d'orientation et de structuration.

La précarité a également des conséquences sur l'affectivité de la personne. L'entrée dans la rue s'inscrit souvent dans un effondrement ou une fuite. L'effondrement peut s'apparenter à une perte, celle d'un travail ou d'un proche, qui était un étayage majeur pour la personne. Quand cet étayage disparaît, plus rien ne tient et le monde de la personne s'effondre. La fuite correspond à la séparation de l'individu d'un environnement, généralement familial, délétère. Quoi qu'il en soit, la dimension de la perte est centrale. Elle étaye la construction fragile de la personne, où « *le sentiment de la perte peut devenir un moyen d'intégrer sa propre expérience de soi* » (Winnicott, 1971, p. 58). La peur de la nouvelle perte freine l'investissement de manière générale, que ce soit celui du corps, des relations ou des activités. Ce mécanisme s'inscrit chez la personne dans une volonté de moins souffrir.

La clinique de la précarité met en avant un morcellement et un clivage corporels, traduction d'un vécu marqué de ruptures. L'individu perd la connexion avec l'unité de son corps, dans un mécanisme de défense face à son mouvement dépressif. De plus, les altérations narcissiques, avec des impressions d'insécurité, d'inutilité et de honte, conduisent à un sentiment de mal-être.

Furtos (2008) parle de « *syndrome d'auto-exclusion* ». Dans une compréhension psychodynamique de la précarité, il décrit les signes cliniques d'une déshabitation, ou disparition de soi. L'hypoesthésie du corps empêche l'accès aux sensations de douleurs, ce qui complique fortement le soin des pathologies somatiques. Au-delà, le désinvestissement corporel massif permet de se couper des affects et émotions. Pour éviter le regard permanent d'Autrui, la personne se retranche à l'intérieur d'elle-même et considère son corps comme un outil de déplacement. En réponse à ce phénomène, nous pouvons retrouver un émoussement affectif généralisé. L'individu banalise ses problèmes du quotidien, qui lui semblent tourner en

rond. Il présente également une inhibition intellectuelle, qui vient avec le clivage, c'est-à-dire que l'individu ne va pas utiliser toutes compétences intellectuelles qui sont pourtant normalement développées.

## IV. La clinique des limites

### 1. Définition

La limite se définit par une « *ligne qui circonscrit un espace, marque le début et/ou la fin d'une étendue* » (Larousse en ligne, s. d.).

Les limites corporelles peuvent être définies comme une enveloppe qui contient, représentée par la peau. En effet, l'enveloppe corporelle s'ajuste à ce qu'elle contient, constituant une interface qui entoure la globalité du corps afin d'en délimiter les contours. La peau limite, protège et contient le corps. Elle nous revêt et nous donne notre apparence. Elle « *est un sac qui contient l'intérieur du corps et qui sépare de l'extérieur, tout en maintenant une fonction facilitatrice et régulatrice des échanges nécessaires à la vie entre dedans et dehors.* » (Potel, 2019, p. 143) Par l'intermédiaire des impressions tactiles, l'enfant prend conscience progressivement de sa peau dans la relation du corps à corps avec sa figure d'attachement. En effet, les « *limites du corps se construisent : dans le portage dont le nourrisson a eu besoin pour se construire une peau à lui ; dans les expériences de frustration et de conflit* » (Potel).

Dans une dimension plus psychique, la peau assure notamment des fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'inter-sensorialité et d'individuation de soi (Anzieu, 1995). L'enveloppe psychique délimite de manière fictive le monde interne et le monde perceptif. Cette structure contient le psychisme de l'individu, comprenant son fonctionnement cognitif et ses affects. Elle renvoie également à l'inscription du sujet dans une unité temporelle, dans son rythme, constituant son enveloppe temporelle. L'enveloppe psychique se construit avec des angoisses archaïques apaisées. Elle offre un sentiment d'unicité, à la base de la construction de l'image du corps. Dans sa théorie sur l'image composite du corps, Pireyre (2015) décrit trois propriétés de l'enveloppe :

- L'illusion de fusion, avec l'autre ou les objets en contact, est un processus inconscient conservé à l'âge adulte.

- L’arrachement est une perte de contact brève, et crée une réaction.
- La contenance physique et psychique demande une juste distance pour que chacun conserve son identité.

Ces concepts d’enveloppe corporelle et psychique constituent l’enveloppe psychocorporelle. Elle symbolise une limite entre le monde interne et l’environnement. Elle représente aussi l’entité du sujet, et lui donne une base identitaire.

## 2. La limite comme lien

### *2.1. Limites et addiction*

Les conduites addictives ont en commun l’implication du corps dans son intégrité et ses limites, par le biais de la répétition de l’acte. En effet, dans la recherche de frontières, l’usager vient transgresser les lois, qu’elles soient civiles, religieuses ou biologiques. Les conduites se mettent en place pour chercher à dessiner ses limites dans les sensations. Lors de la consommation, le « *produit vient remplacer les limites de sens qui ne sont plus données par des limites de faits, enracinées dans des sensations de manque* » (Le Breton, 2012). Le sujet recherche du sens en passant par des stimulations corporelles. Son corps constitue le « *seul objet donnant prise sur le réel* » (Le Breton).

Le lien entre les notions de limites et d’addictions s’effectue également au niveau des modes de consommation. Certaines substances qui se fument, s’ingèrent ou se sniffent, nécessitent l'utilisation d’orifices déjà présents dans le corps, ici la bouche et le nez. D’autres drogues peuvent également s’injecter, comme l’héroïne, dans quel cas l’aiguille vient trouer la peau, qui constitue l’enveloppe cutanée. Bien que ce mode de consommation fragilise davantage l’enveloppe, nous pouvons supposer que l’usager cherche, plus ou moins inconsciemment, à trouver du sens à son sentiment d’enveloppe percée, en passant par le biais du corps.

Dans certaines situations particulièrement anxiogènes pour le sujet, l’enveloppe devient menacée, comme si elle pouvait être percée, poreuse. La construction montre ainsi une fragilité. Il recourt alors à des manifestations comportementales, pour chercher à se sentir contenu, telles que des conduites à risques. Une hypothèse serait qu’il tente de construire une seconde

enveloppe pathologique. Dans une surexcitation, il recherche des sensations corporelles extrêmement fortes, à la quête d'un sentiment d'existence, pour combler un vide interne.

### *2.2. Limites et précarité*

Dans le contexte de la précarité, le corps est également malmené par les possibles agressions extérieures. Ces atteintes viennent fragiliser une enveloppe qui, la plupart du temps, était déjà précaire. Cette première fragilité s'explique en partie par un passé souvent malmené, d'autant plus par l'entrée dans la rue. Les conditions de vie qu'engendre ce contexte viennent renforcer ce sentiment, par l'expression d'un corps en mauvaise santé. Furtos (2008) décrit la précarité comme une « *clinique des situations limites et extrêmes de la subjectivité* ».

De plus, dans la rue, l'enveloppe du corps devient le seul et unique réceptacle de la personne. En effet, dans ces conditions, le corps est en permanence exposé à autrui. L'individu se retrouve sans espace limité de protection. Il est à la vue de tous, sans intimité. Son corps devient donc un habitacle, un "véhicule" dans lequel se retranche la personne pour être tranquille.

Ce "corps-véhicule" peut être laissé à l'abandon. Afin de recréer cette enveloppe malmenée, il n'est pas rare que le sujet s'inscrive dans une tendance générale à l'incurie. La crasse et l'odeur viennent faire enveloppe, comme des parties de l'identité. Ce sont des mesures archaïques pour exister dans le monde. L'odeur permet de tenir éloigné les autres personnes. Nous retrouvons cette idée dans le développement d'un comportement menaçant. L'individu tente de faire ressentir de la violence, pour se défendre d'une intention malveillante d'Autrui.

Outre le domaine social, la précarité concerne également le fonctionnement psychique du sujet. La précarité psychique caractérise alors des liens fragiles avec son entourage, et aussi avec son sentiment d'exister (Mellier, 2007). Nous retrouvons cette fragilité identitaire dans la description du second cas d'enveloppe psychique altérée par Houzel (2010). Ce psychanalyste explique que « *le monde psychique paraît parfois vide, tout le fonctionnement du sujet se conforme à des contraintes extérieures* », qu'elles soient « *temporo-spatiales* », « *sociales* » ou « *cognitives* » (p. 33). La personne en situation de précarité survit et conserve de la stabilité en s'adaptant à l'environnement. Il le fait au détriment de son développement narcissique, et peut alors endosser une enveloppe psychique déshabitée.

Il existe un temps de la rue qui prend en compte la perforation de ce qu'on appelle l'enveloppe temporelle. Il n'est pas rare que certaines personnes oublient un pan de leur vécu.

Nous pouvons également observer un abrasement de la temporalité. En effet, les personnes sont capables de restituer leur histoire en la situant dans une période, par exemple “c’était l’hiver”, mais ne peuvent pas préciser le mois ou l’année.

### *2.3. Une problématique des limites*

De manière générale, comme dit précédemment, le cadre peut renvoyer aux notions de contenance, d’enveloppe et de limites. Il permet un espace-temps sécurisant et constitue une enveloppe contenante.

Nous avons vu ci-dessus que des problématiques autour des limites peuvent émerger dans les domaines de l’addictologie et de la précarité. La question du corps s’incarne au premier plan chez ces populations. Les représentations corporelles montrent un rapport compliqué à l’enveloppe. En effet, les patients renvoient une délimitation partielle entre le dedans et le dehors. Leurs limites fragilisées ne sont plus assez contenantes et ne leur permettent pas d’incarner leur existence, dans le sens premier du terme, c’est-à-dire de « *revêtir (un être spirituel) d’un corps charnel* » (s. d.). Ce manque de structure corporelle peut venir laisser place à des angoisses, mais également des manifestations de débordement, telles que des logorrhées, ayant potentiellement pour fonction de faire une enveloppe sonore. La mauvaise perception des limites corporelles engendre également un dedans mal discriminé, perçu comme creux et vide, incapable de contenir quelque chose. L’intérieur du corps semble habité par des représentations pauvres. La vie, ressentie comme vide de sens par l'usager, peut aussi venir se manifester par un sentiment de vacuité interne.

Les usagers arrivent parfois à gérer leur quotidien, sans présenter une désorganisation sociale, psychique et corporelle trop importante. En revanche, quand le cadre est plus libre, dans des moments de creux, ils font face au vide. Les comportements addictifs se mettent alors en place. La question des liens, avec son environnement social en général ou dans les démarches de soins, est source d’angoisse, essentiellement dans la séparation. Les sujets peuvent alors investir fortement certaines personnes, avec une forme d’agrippement, mais présenter ensuite une dynamique opposée, où l’autre est décevant et doit être abandonné. L’investissement a une forme spéculaire. L’autre est considéré comme un double en miroir, investi comme une partie de soi. La dépendance au produit apparaît dès lors comme une défense contre la dépendance affective à l’autre. Le produit est là, quand je veux, où je veux. Il devient alors produit de

réassurance dans sa disponibilité et sa régularité, en opposition à l'imprévisibilité des comportements humains.

Nous nous interrogeons sur ce que reflète la mise à mal du cadre dans l'addiction et la précarité, avec cette hypothèse : peut-on faire le lien entre la mise à mal du cadre et une problématique des limites, une enveloppe fragilisée ?

# PARTIE 3 : LA MISE A MAL DU CADRE

Comme nous avons pu commencer à le souligner, nous avons été confrontés à des situations qui questionnaient le cadre que nous cherchions à établir. Nous avons notamment fait face à plusieurs entretiens non-honorés. Nous allons illustrer notre propos par l'intermédiaire de deux premiers cas cliniques. Il est à noter que les trois personnes dont nous allons parler dans ce mémoire nous ont demandé de les tutoyer lors de la deuxième ou troisième rencontre.

## I. Radek[9] ou la fuite

### 1. Rencontre

Julia croise Radek pour la première fois lors de notre premier jour d'observation. Il passe par l'accueil car il a rendez-vous avec le médecin. Elle le rencontre véritablement au moment du premier entretien avec nous, quelques semaines plus tard à notre retour au CSAPA.

Kévin rencontre Radek pour la première fois dans le bureau de son médecin référent au CSAPA, alors que nous étions dans l'observation du premier jour. Cela permet de lui présenter notre futur métier. Radek se dit intéressé. Kévin lui explique que nous reviendrons après les travaux et que nous pourrons nous rencontrer à ce moment lors d'un premier entretien. Ce contexte de consultation médicale a un impact sur la construction de la relation. Nous obtenons des informations sur ses consommations et son évolution dans sa prise en charge médicale. Au cours de cette consultation, il explique ne pas se sentir capable de diminuer la dose du traitement et sa consommation d'alcool.

Kévin le retrouve à son retour en janvier. Nous discutons à l'accueil, avant qu'il monte voir le médecin. Radek est orienté en psychomotricité par prescription médicale. L'objectif est de lui apporter un mieux-être par un autre biais que ses consommations. Kévin note l'horaire avec lui, prévu la semaine d'après. Il est notre premier patient et prend ainsi une certaine importance pour nous.

[9] Les noms des patients qui figurent dans cet écrit sont fictifs, afin de conserver leur anonymat

2. Présentation de Radek

Radek est un homme de 45 ans, de taille et de corpulence moyenne. Seul son ventre présente un embonpoint. Il a les épaules assez larges et trapues, surplombées par un visage rond et marqué. Il porte, à chaque fois que nous le croisons, un gros manteau et un bonnet, ainsi que des bottines en cuir.

Radek a une attitude réservée au premier abord. Il ne tient pas le regard dans les yeux. Il se montre tout de même curieux et poli. Il hoche la tête plusieurs fois en disant "d'accord"[10] lorsque nous lui parlons. Il a un fort accent de l'Est mais réussit à se faire comprendre.

3. Anamnèse

Radek est né en République Tchèque en 1975. Il y a fait des études et obtenu un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP). Il a exercé en tant qu'ouvrier. Il est arrivé en France vers l'âge de 23 ans. Nous ne connaissons pas le contexte de migration. Il a fait 6 ans de prison en France, pour un motif qui nous est inconnu. Radek est fils unique. Ses parents sont toujours vivants, mais il reste discret sur ses liens familiaux. Lors d'une synthèse, il fait part de violences physiques et psychologiques de son père pendant l'enfance. Radek parle français et prend des cours chaque semaine, néanmoins il rencontre encore quelques difficultés d'expression et de compréhension.

Radek s'intéresse à la littérature. Nous le retrouvons parfois au CSAPA en train de lire un roman. Radek aime également peindre et dessiner. Il a pratiqué plusieurs sports dans sa jeunesse, notamment le ski, la boxe, la course d'orientation et l'haltérophilie.

Radek a eu un premier contact avec le CSAPA en 2011 mais il consulte depuis 2015 pour sa consommation de substances psychoactives. Cette dernière existe depuis trente ans. Désormais sevré depuis 15 ans de l'héroïne qu'il s'injectait, il prend de la méthadone, un traitement de substitution aux opiacés, depuis le mois d'octobre 2000. Il a continué de fumer occasionnellement du crack, qu'il dit avoir arrêté depuis quelques mois. Il fume environ trente cigarettes de tabac par jour, quantité qu'il diminue dernièrement, et souhaite expérimenter la "vape". Il boit trois à quatre litres de bières par jour. Il prend des bières fortes, avec une teneur

[10] Les termes présentés entre guillemets de cette manière correspondent à des propos tenus par les patients

en alcool de 8 degrés. Il prend également des benzodiazépines[11]. Radek recherche dans ses consommations à calmer ses idées et ses angoisses car il dit beaucoup "ruminer" le soir avant de se coucher. Par ailleurs, Radek est demandeur d'une cure de sevrage à l'alcool. La difficulté à trouver une place dans les établissements, et la motivation fluctuante de Radek, ne permettent pas, pour l'instant, la concrétisation du projet. Radek explique "cacher les choses" à l'équipe médicale concernant ses consommations et son état psychologique, car il éprouve de la "honte". Au CSAPA, Radek bénéficie également d'un suivi avec l'assistante sociale. Après avoir longtemps vécu dans la rue, il habite désormais seul depuis un an dans un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), qui est à sa disposition pendant encore un an. Les ACT sont des logements individuels temporaires, dans lesquels une équipe pluridisciplinaire de psychologues, d'éducateurs, de conseillers en économie sociale familiale et de médecins, accompagne les résidents dans une démarche de réinsertion sociale.

Radek a pu exercer en tant qu'ouvrier. Désormais, il travaille six heures par semaine dans une entreprise de déménagement à vélo, qui emploie des personnes en situation de grande exclusion. Cette dernière lui propose de faire davantage d'heures, ce qui angoisse Radek car il pense en être incapable par rapport à la fatigue que cela pourrait générer.

4. Premier entretien

Le premier entretien se déroule dans un cadre particulier. Radek arrive avec trois quarts d'heure de retard, déterminé à voir le médecin avant nous. Il est agacé par le temps d'attente. Nous lui proposons de venir discuter dans notre salle en attendant. Il est convaincu par les éducateurs, notamment par l'un d'entre eux qui parle plusieurs langues slaves et accepte à reculons. Lorsque nous proposons à Radek de rentrer dans la pièce en premier, il préfère nous laisser passer devant, avant d'aller s'asseoir sur la chaise positionnée face à la porte. Radek semble tendu et énervé. Nous lui offrons un espace de parole qu'il saisit pour exprimer son agacement dû au temps d'attente. Progressivement, il nous parle plus calmement.

Nous abordons avec lui ses problématiques qui pourraient être travaillées dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité. Radek a une vision très négative de son corps. Il a pris 30 kg depuis le confinement à cause, selon lui, du manque d'activité physique possible. Cette prise de poids se concentre essentiellement au niveau de la zone abdominale, sur laquelle il tape

[11] Traitement principal de l'insomnie et des troubles anxieux en raison de leurs propriétés sédatives, hypnotiques, anxiolytiques, anticonvulsivantes et myorelaxantes

ou qu'il empoigne avec violence et dégoût. Il dit pourtant aimer cuisiner des soupes ou autres plats équilibrés, estimant que les repas solidaires ne sont pas bons. Il se plaint également de son mal de dos et de ses difficultés d'endormissement. Il a un rythme de vie très décalé, avec une inversion du rythme nycthéméral. En effet, il dort l'après-midi et se réveille la nuit. Radek arrive à nous faire part de ses angoisses.

Nous prévoyons avec lui une séance pour la semaine suivante. Il préfère le matin, car cette semaine-là il travaille l'après-midi. Alors que nous pensions conclure l'entretien, Radek se met à s'étirer dans tous les sens. Nous décidons de lui proposer directement quelques exercices afin de soulager à minima son mal de dos et lui donner un avant-goût de ce que nous pourrions faire avec lui. Se saisir de ce qu'il propose corporellement nous permet de lui montrer que nous sommes à l'écoute de ses envies et ses ressentis, nous permettant ainsi d'entamer une relation de confiance et de bienveillance avec lui. Une part de nous y voit sans doute également une facilité d'adhérence au soin, que le soulagement du psychisme peut se faire à travers le mouvement. Cette première mise en mouvement nous permet également de faire des observations sur l'organisation de sa motricité. A la fin des propositions, il verbalise que ça lui a fait du bien et nous dit "à la semaine prochaine".

5. Séance de bilan

La séance était initialement prévue en fin de matinée. Radek arrive en début d'après-midi et veut d'abord voir le médecin. Lorsqu'il descend de son rendez-vous médical pour venir avec nous, une éducatrice lui tend un recommandé. Il décide alors de partir immédiatement au bureau de Poste pour aller le chercher. Il est enfin prêt une heure plus tard. Nous descendons tous les trois dans la salle de repos. Nous allumons une lumière sur deux, pour que l'éclairage ne soit pas trop agressif. Nous installons les transats dédiés au repos, de manière à ce qu'ils délimitent davantage l'espace, afin d'apporter un sentiment de sécurité et de contenance, défavorisé par la disposition architecturale de la salle (cf. plan du sous-sol).

Lors de cette première séance, nous le questionnons sur son état du jour. Il paraît fatigué et alcoolisé. Il se plaint de sa fatigue. Il explique qu'elle est due à des déplacements quotidiens (travail, cours de français, médecin, assistante sociale, etc.). Elle est aussi la conséquence de troubles du sommeil. Il a de grandes difficultés à s'endormir et dort de manière décalée. Il témoigne de l'inefficacité de l'alcool pour résoudre le problème. Il revient régulièrement sur sa prise de poids en empoignant son ventre. Radek nous fait part d'une angoisse et d'une grande

tristesse, voire d'un état dépressif, en ce moment. Il enchaîne sur sa solitude qu'il trouve très pesante, sur ses anciennes scarifications sur les bras, les jambes et dit qu'il pourrait réitérer. Radek n'en dit pas plus sur l'origine de ses automutilations, le contexte dans lequel elles ont été faites et le but recherché. Il évoque également ses douleurs au dos et sa peur de la COVID-19. Il est logorrhéique. Il nous exprime que parler lui procure un bien-être. Il semble désemparé par la situation, dit beaucoup "cogiter".

Nous proposons à Radek de se mettre en mouvement pour soulager son dos et ressentir des sensations agréables, pour penser à autre chose. Nous lui proposons un premier temps autour de la respiration, soutenue par l'élévation et l'abaissement des bras, qui semblent l'aider à poser sa respiration. Les exercices de balancements pour tester l'équilibre sont difficiles pour Radek, qui reste proche de son axe et ne semble pas apprécier ni voir l'intérêt de la proposition. Les étirements sont plus investis. Il semble cependant tendu, ce qui est visible notamment par ses grimaces et la teinte rouge de son visage. Il bloque sa respiration sur les étirements, malgré nos conseils. Radek a tendance à faire les exercices brusquement ou trop lentement, quitte à suspendre le mouvement quelques instants. Il a également tendance à aller trop loin dans les mouvements, semblant chercher ses limites. Il présente des difficultés à comprendre certaines consignes. Cela peut s'expliquer par une mauvaise compréhension de la langue ou un déficit d'intégration du schéma corporel. Radek est rapidement fatigable, les quelques exercices que nous lui proposons lui suffisent. Il sait nous dire quand il a envie de continuer ou d'arrêter un mouvement. Il a des difficultés pour maintenir son attention.

Radek verbalise peu en fin de séance. Il dit que "c'était bien" et nous remercie. Il se plaint du masque pour la respiration, et dit avoir chaud sans pour autant retirer son bonnet. Radek est transpirant, rouge et a le visage fatigué, nous sentons que la mise en mouvement a été intense pour lui.

6. Sémiologie psychomotrice

Au niveau de la motricité globale, nous observons des difficultés d'équilibre statique chez Radek. Elles peuvent être mises en lien avec son alcoolisation. Dans l'ensemble, il a de bonnes coordinations et une dissociation correcte des ceintures.

Concernant le tonus, Radek a tendance à osciller entre des postures hyper et hypotoniques, selon son état du moment. Il peut avoir des gestes amples et brusques ou au

contraire faire preuve d'une grande lenteur et d'un relâchement excessif. Il s'agirait ici de difficultés de régulation tonique.

Radek a un rythme de vie très décalé. Concernant les rendez-vous, il a du mal à arriver aux heures prévues. Il se perd également au sujet de ses créneaux de travail (matin ou après-midi) quand nous devons prévoir le rendez-vous suivant, sans pour autant traduire une désorientation temporelle. Nous pensons plutôt que Radek vit dans l'immédiateté du moment. La projection sur la semaine d'après n'est pas concrète pour lui. Il lui arrive par ailleurs de nous dire "à la semaine prochaine", puis le moment venu nous expliquer qu'il n'a pas le temps de nous voir. Radek donne l'impression de courir après le temps et semble débordé par ses multiples rendez-vous.

Radek présente une dévalorisation dans sa représentation de soi. Son image du corps est impactée par de grosses difficultés d'endormissement, une prise de poids de 30 kg pendant le confinement et des douleurs au dos, éléments intriqués ensemble. Radek a également d'anciennes scarifications sur les bras et les jambes, il nous les montre après avoir évoqué sa souffrance et sa tristesse. Concernant la connaissance de son schéma corporel, Radek semble avoir quelques difficultés lorsque nous évoquons des parties du corps. Il nous est difficile de savoir s'il s'agit de réelles difficultés d'intégration du schéma corporel, ou si la compréhension est compliquée à cause de la barrière de la langue.

Avec nous dans le bureau, Radek semble s'autoriser à parler de ses affects : sa fatigue, ses angoisses concernant principalement la situation sanitaire actuelle et sa peur de tomber malade, en dépression, sa solitude, etc. Radek nous fait part de l'envie de sortir du cercle vicieux dans lequel il est enfermé : ses consommations l'empêchent de pratiquer l'art du dessin et de la peinture, ainsi que le sport qu'il affectionne pourtant tout particulièrement. En dehors, avec les éducateurs ou les infirmiers, Radek se montre plus joyeux et énergique. Néanmoins son état psychologique, sur un versant dépressif, semble interpeller l'équipe. Une réunion de synthèse a été organisée pour aborder sa situation et trouver des solutions pour l'aider. Lors de cette synthèse, Radek a pu davantage se livrer à l'équipe médicale et exprimer son besoin, presque vital, de faire une cure de sevrage.

## 7. Projet thérapeutique et début de prise en charge

Suite à nos observations, notamment lors du premier entretien et de la première séance, nous axons la prise en soin sur un travail autour de l'image du corps et de la régulation tonico-

émotionnelle. En effet, Radek présente une importante mésestime de soi et est sujet à de nombreuses angoisses. Nous proposons donc à Radek une prise en soin autour des médiations d'étirements et de yoga, il semble d'accord.

Nous prévoyons pour les prochaines séances de reprendre le travail sur la respiration et sur la régulation tonico-émotionnelle. Nous pourrions proposer à Radek un travail autour de la boxe, sport qu'il a pratiqué et qu'il maîtrise, afin d'encourager une re-narcissisation. Cette médiation sportive permettrait également une décharge tonique à travers un certain défoulement, ainsi que l'expression corporelle des émotions. La relaxation serait également intéressante. Avec l'utilisation de la musique, cela permettrait de créer un espace enveloppant, dynamique et joyeux.

8. Evolution

Nous prévoyons des séances hebdomadaires de 45 minutes. Après la première séance, nous rentrons avec Radek dans un schéma similaire tous les jeudis. Nous allons vers lui pour le saluer. Il nous dit rapidement qu'il travaille, qu'il est fatigué et qu'il ne pourra donc pas faire la séance.

Ce n'est que trois mois plus tard que Julia a la possibilité de refaire une séance avec Radek. Celui-ci était de passage au CSAPA pour revoir son médecin référent, récupérer son traitement et faire le point avec l'assistante sociale. Au milieu de tous ces rendez-vous, Julia croise Radek dans le couloir et le salue, sans chercher à le convaincre de venir en séance. Son médecin dit à Radek, sur un ton humoristique, que s'il veut récupérer son traitement il faudra d'abord faire la séance de psychomotricité. Radek s'en amuse et, encouragé par l'infirmier, accepte rapidement la proposition.

Au cours de cette séance, Radek est moins logorrhéique et semble avoir un meilleur moral qu'en janvier. Il continue néanmoins à exprimer ses problèmes de sommeil, ses multiples rendez-vous, sa prise de poids et la situation sanitaire pesante. Mais il se montre également plus joyeux, rigole et fait des blagues. Radek a conscience que son addiction ne lui permet pas de vivre une "vie normale" et il semble déterminé à suivre une cure de sevrage. Il sait, avec ses mots, exprimer le paradoxe des addictions : "quand je bois ça va pas, quand je bois pas ça va pas" et voit en l'hospitalisation la seule solution.

Pendant ce temps avec Radek, Julia reprend les propositions de la première séance. Radek est volontaire et attentif, cette fois-ci il s'approprie la proposition des déséquilibres grâce

à une explication plus anatomique et semble trouver satisfaction à s'ancrer davantage dans le sol. Concernant les étirements et les postures de yoga, Radek est toujours à la recherche des limites des capacités de son corps et en oublie de respirer. Quand Julia propose en fin de séance un temps assis plus calme autour de la respiration, Radek n'est pas intéressé, il se dit fatigué mais continue à étirer ses bras dans tous les sens. Julia lui propose alors d'allier ces mouvements amples avec de la respiration, ce qui semble lui convenir et l'apaiser. Radek sait lui-même dire que la séance est finie car sinon il va être "trop fatigué pour travailler". Il verbalise que ça lui a fait du bien et, sans que Julia ne lui propose un rendez-vous, il lui dit "à la semaine prochaine !". Cependant, il ne viendra pas.

## 9. Le sens de l'absence

### Une temporalité morcelée

La problématique première que nous rencontrons avec Radek vient de son absence aux rendez-vous. En effet, Radek présente une attitude de fuite vis-à-vis des séances de psychomotricité, qu'il explique par sa fatigue, notamment liée au travail et à son emploi du temps chargé. Concernant les autres professionnels, Radek honore la plupart du temps ses rendez-vous mais sans se soucier d'un horaire précis : il vient le matin ou l'après-midi, en fonction de sa disponibilité du jour.

Nous pouvons faire l'hypothèse d'un rapport au temps compliqué, en faisant le lien avec son histoire. Elle est inscrite dans une temporalité marquée de ruptures, en grande partie causées par son immigration et sa consommation. Reynaud (2019) explique à propos des effets des produits consommés qu'ils « *modifient la perception de l'environnement et entraînent une perte de repères temporels et spatiaux.* » Radek présente ainsi des difficultés à s'inscrire dans une unité temporelle. Cela peut témoigner d'une enveloppe temporelle altérée, qui s'esquisse que partiellement dans son appropriation psychocorporelle.

Les difficultés avec les horaires de rendez-vous peuvent être la conséquence de problèmes à se projeter dans le temps, en raison de sa fatigue, de ses affects dépressifs, d'un sentiment global d'être perdu. Cela peut renvoyer à un déficit de prise de décision observable chez la population en addictologie, traduisant des difficultés cognitives. En effet, la personne choisit le bénéfice à court terme, malgré sa connaissance des conséquences délétères sur le long terme. Il y a donc une préférence pour l'immédiateté, que l'on retrouve aussi dans la consommation qui va apporter une « *décharge rapide de toute tension psychique* » (McDougall,

2004). Lorsque nous arrivons à accueillir Radek en séance, il utilise ce temps à bon escient, sans chercher à s'en échapper et sait que ça lui fait du bien dans l'immédiat. En revanche, lorsque nous sommes dans un espace-temps différent, Radek ne semble pas percevoir l'apport de la psychomotricité sur le plus long terme et cherche à privilégier l'accès aux soins immédiats, comme la délivrance de la méthadone ou de sa cigarette électronique à l'infirmerie.

Nous évoquons l'hypothèse d'une conduite de fuite de la part de Radek, et ce dans plusieurs dimensions. Tout d'abord, dans la dimension corporelle, Radek semble fuir ses éprouvés et la connexion à son corps. En effet, sa base narcissique n'étant pas assez solide et son énergie étant trop faible, l'usager peut avoir le sentiment de se trouver dans l'impasse de résoudre son comportement addictif. Comme mécanisme de défense, il peut progressivement se déshabiter, se désapproprier son corps et ainsi mettre à l'écart le problème. Etant donné que les séances de psychomotricité visent à mettre en sens les manifestations corporelles, leur investissement peut s'avérer trop compliqué, entraînant ainsi une conduite de fuite.

Une autre façon de résoudre cette impasse se trouve dans la dimension sociale. En effet, plutôt que de vivre un hypothétique énième abandon qui serait trop difficile à subir, l'individu va préférer entrer dans processus d'auto-exclusion, et ainsi fuir la relation. Cette solution paradoxale lui permet d'avoir la possibilité de contrôler les liens relationnels, dont la simple perspective peut lui renvoyer l'abandon. Lorsque l'individu vit une dépréciation importante, comme dans le cas de Radek, le lien n'est pas possible car il devient trop anxiogène et la seule solution est la fuite. Il est possible que Radek cherche également, de manière inconsciente, à nous faire vivre le rejet qu'il ressent, son auto-exclusion. Dans ces cas-là, « *l'objet d'addiction sert de prothèse à une élaboration corporelle non accomplie et permet de faire face à l'intériorisation d'une image dévalorisée du corps et d'éviter la confrontation à toute représentation intolérable* » (André et al., 2015). L'usager met en place des solutions paradoxales. Le rejet conforte l'image qu'il a de lui-même. Le jugement négatif des personnes et de la société fait exister l'individu.

### La problématique alcoolique

Radek présente un Trouble de l'Usage d'Alcool (TUAL). Ramo (2015) explique à ce sujet : « *La prise en charge psychomotrice peut permettre de revisiter l'histoire psychocorporelle du patient alcoolique et ainsi l'aider à retrouver une sécurité interne et un équilibre sur le chemin de l'indépendance.* » Cette sécurité interne peut renvoyer à la

contenance, ainsi qu'à la continuité d'existence. L'individu peut utiliser l'alcool pour « [...] *remplir un espace corporel vide, prendre de la contenance et se réapproprier un corps perçu comme le sien et non comme un objet lui permettant ainsi d'être entier et d'exister pour soi* » (Ramo).

Comme nous avons pu l'expliquer dans sa description, Radek a le projet de faire une cure de sevrage. Il est actuellement pressé de pouvoir la réaliser. La mise en place de cette mesure, dans laquelle il souhaite s'engager rapidement, peut prendre la forme d'un « *autre versant de cette recherche d'une limite contenante* ». Cela passe, dans un premier temps, par la mise en place d'un cadre spatio-temporel fixe, clos et contenant pendant deux semaines et, dans un second temps, par l'expérimentation du manque qui, dans la même recherche que la consommation, vient engendrer des sensations extrêmes. En effet, « *la sensation extrême du manque vient remplir la fonction que remplissait le produit jusqu'au moment où, avec la disparition du manque, resurgit le vécu de vide interne.* » (Constant & Exposito, 2019, p. 318). Si nous approfondissons cette hypothèse à la suite de cette citation, nous pourrions dire qu'il est probable que le projet peine à se mettre en place, à cause de la peur de Radek de se sentir à nouveau vide de sens une fois que le sevrage sera effectué.

Le tonus comme support des émotions

Comme évoqué dans la présentation de Radek, ce dernier montre une attitude changeante selon le cadre et les personnes qui le composent. En effet, Radek est dans l'humour avec les éducateurs, expose le positif qui lui arrive aux infirmiers mais change complètement d'attitude dans le cadre de notre séance : il s'assombrit et ose exprimer sa tristesse. Radek ressent de l'angoisse dans sa solitude, associée à un sentiment dépressif. Lorsque les usagers sont confrontés à cette solitude, cela « *génère chez eux des angoisses extrêmes associées à un véhicule d'anéantissement. Les dépendances avec ou sans drogue sont l'expression d'une insécurité de base qui a pour origine un loupé originel du processus de séparation-individuation* » (Dodin, 2012). Nous représentons peut-être à ses yeux un espace de parole nouveau et sécurisant, qui lui permet de s'exprimer librement sans se sentir jugé. Radek manifeste ses humeurs corporellement de manière assez marquée. Il se tient droit dans son axe lorsqu'il est joyeux et positif. Il se positionne en posture d'enroulement lorsqu'il expose ses problématiques.

Les mises en mouvement proposées à Radek mettent en avant des dysfonctionnements de régulation tonico-émotionnelle. Nous pouvons les lier aux différentes situations vécues : son incarcération, sa période sans-abri, et également son angoisse actuelle. Ces événements de vie l'ont peut-être conduit à se forger une carapace tonique, généralement plus du versant de l'hypertonie, qui va être assimilée à un mécanisme de défense face à un environnement peu sécurisant. En effet, « *la paroi tonique est l'enveloppe rigide de la colère, de la rage, de la haine* » (Robert-Ouvray, 2007). La vie dans la rue, et la vulnérabilité qu'elle engendre, entraîne également des conduites d'hypervigilance qui se manifestent par un recrutement tonique important. Nous pouvons faire l'hypothèse que Radek se serait développé, au fil de sa vie mouvementée, une carapace tonique empêchant « *la pénétration des informations rassurantes et douces à travers la paroi* ». Il arrive alors que « *le noyau interne se dessèche* », que le « *vide affectif s'installe comme un trou dans l'univers psychique* » (Robert-Ouvray), entraînant ainsi un sentiment de vacuité, qui se doit d'être comblé par les consommations. En opposition à cette hypertonie, nous pouvons penser que Radek est passé régulièrement par des états hypotoniques suite à la prise de substances, notamment avec l'alcool et l'héroïne, qui peuvent amener à un état d'hypovigilance et de somnolence.

L'image d'une fragilité narcissique

Les produits toxiques ont des répercussions somatiques qui modifient l'apparence du corps, telles que la prise de poids dans l'alcoolodépendance, altérant ainsi l'image du corps. Reynaud explique que les « *atteintes corporelles provoquent chez le sujet addict un désinvestissement corporel, entraînant une baisse de l'estime de soi, un manque de confiance en soi, ainsi qu'une altération du sentiment d'identité.* » Concernant Radek, son poids est passé de 70 à 95 kg en quelques mois. Auparavant, il avait un corps sculpté par la pratique sportive, notamment l'haltérophilie. Il dit avoir eu des biceps de 42 cm de circonférence. La prise de poids est difficilement vécue, pouvant laisser supposer une fragilité narcissique.

En lien avec les troubles addictifs, sont souvent retrouvés une fragilité au niveau de la construction de l'image du corps, ainsi qu'une recherche de sensorialité qui a pu rester vide de sens et qui a donc besoin d'être sans cesse réinvestie. Radek a consommé de l'héroïne par voie intra-veineuse. Ce mode de consommation peut constituer l'objet d'addiction en tant que tel. L'injecteur serait alors aussi dépendant de l'objet qui permet l'administration du produit, et du rituel autour de la prise, que du produit injecté. L'injection vient pénétrer le corps et trouer la

peau, ce qui peut opérer une perméabilité entre le dedans et le dehors. Il paraît alors que le « *corps effracté* » ne peut plus « *contenir son Moi-psychique, comme si celui-ci s'échappait, fuyait par les différents trous créés sur l'enveloppe corporelle* » (Monraisin, 2012). Cela vient pour certains souligner une fragilité de l'enveloppe corporelle, ce qui peut renvoyer à la notion de "Moi-passoire" décrite par Bick (1968), dans laquelle l'enveloppe "trouée" ne parvient plus à contenir les pensées du sujet.

Pour Radek, cette enveloppe psychocorporelle a par ailleurs pu être endommagée par le biais des scarifications qu'il a effectuées au niveau de ses bras et de ses jambes. Nous retrouvons dans cette conduite la solution paradoxale de l'addiction. En effet, pour trouver « *une sorte d'homéopathie* », l'individu « *cherche à se faire mal, mais pour avoir moins mal* » (Le Breton, 2006). Ses scarifications peuvent être l'expression visible sur le corps d'une difficulté à soulager une douleur psychique. Reynaud (2019) explique que « *les objets addictifs permettent de colmater les blessures d'un narcissisme fragilisé. Ils permettent également de soutenir une image du corps défaillante, non unifiée.* [...] *Le corps est atteint dans la perception de ses limites.* »

Radek peut venir également contacter ses limites corporelles par le biais de contorsions lors des exercices proposés : il va à l'extrême des mouvements d'étirements, donnant une allure crispée et hypertonique, à l'opposé de la recherche de détente dans l'étirement. Dans cette même quête de limites, Radek a été incarcéré, ce que nous pouvons associer à des passages à l'acte transgressifs, qui viennent interroger les limites du côté de la loi, ou à une recherche de l'enfermement. En effet, la prison constitue pour certains le moyen d'être contenu, entre des murs épais pouvant servir de seconde enveloppe solide.

Quant à ses consommations de crack, d'alcool et de cigarettes, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une recherche de stimulation d'ordre sensorielle de la zone orale. Cette zone est la première à être investie par le nouveau-né, par l'intermédiaire de la succion. Lorsque ce processus n'a pas pu être pleinement ressenti, l'individu peut chercher à répéter les expériences pour créer ces sensations de satiété et de remplissage amenées par la succion. Si nous abordons une démarche psychanalytique, avec « *l'hypothèse des zones corporelles non symbolisées* », la conduite d'absorption du liquide alcoolisé peut venir « *créer la bouche* » (Monjauze, 2001).

## II. Freddy ou le débordement

### 1. Rencontre

Nous rencontrons Freddy à l'accueil. Il boit un café et mange des madeleines. Kévin prend part à une conversation ouverte avec un autre usager concernant la nourriture. Kévin se présente à lui. La définition de la psychomotricité lui parle. Il aborde alors des sujets de médecine chinoise qui l'intéressent. Il rentre dans une grande logorrhée sur sa vie. Il raconte de multiples éléments sans ordre chronologique. Il évoque des détails personnels, tels que le décès de sa mère ou un beau-père violent, dans une expression faciale émotionnellement neutre. Ajouté au contexte informel du temps d'accueil avec des personnes à côté, cela est assez déconcertant. En fin de discussion, Kévin introduit Julia à la conversation. Puis, nous lui proposons un premier entretien pour l'après-midi.

### 2. Présentation de Freddy

Freddy est un homme de 53 ans, de taille moyenne et de corpulence maigre (60 kg). Il est vêtu de plusieurs couches de vêtements et d'une casquette. Il est dans une posture en cyphose haute qui l'amène vers l'avant. Son visage est émacié, avec des yeux bleus. Sa casquette cache des cheveux gris et fins. Il porte à chacune de nos séances un haut à manches longues, sur lequel sont superposées plusieurs autres couches : une doudoune sans manche, un manteau, etc. Il porte également un pantalon gris large, des chaussures de randonnée et une sacoche en bandoulière.

Freddy vient au centre environ une fois par semaine. Il vient généralement le jeudi, jour où il a rendez-vous avec son médecin référent une fois par mois. Cela nous permet de le rencontrer. Lorsqu'il entre dans la structure, il offre un salut collectif, puis s'installe sur le banc à côté de la table haute. Il dépose son sac à dos et un autre sac en plastique dans lequel se trouve généralement un magazine qu'il nous apporte. Freddy se montre discret, il garde ses écouteurs pour écouter de la musique, le plus souvent de style hard rock, ainsi que son manteau et sa casquette. Il se sert ensuite un café et demande des madeleines. Il en mange une ou deux et met les autres dans son sac à dos. Il a une attitude plutôt renfermée, mais prend part, de temps en temps, à des conversations. Il a tendance à exposer ses connaissances. Nous pouvons y voir une recherche de place au sein du groupe, un sentiment de fragilité à combler. Les autres usagers ne tiennent pas la conversation avec lui. Il est peu connu dans l'équipe, ne venant à l'infirmerie que pour de rares maux.

3. Anamnèse

Freddy est né en banlieue parisienne. Son père a quitté le domicile familial lorsqu'il était enfant. Il a connu plusieurs beaux-pères, dont un de ses amis et un homme violent. Sa relation avec sa feue mère paraissait conflictuelle. Il avait rompu le contact avec elle suite à un énième désaccord. Il n'adresse plus la parole à son petit frère. Selon Freddy, celui-ci n'a pas supporté de le voir à nouveau sombrer dans ses addictions.

Freddy a plusieurs antécédents médicaux, sur lesquels il revient régulièrement. Pendant un match de handball en sélection nationale junior, il s'est fait une fissure au ménisque du genou gauche. Suite à un accident de la voie publique où une voiture l'a renversé, il a été plongé 6 mois dans le coma et s'est blessé à la jambe gauche, nécessitant la mise en place d'une broche. Freddy a également contracté un staphylocoque sur ce même genou gauche. Il s'est fait opérer pour un hallux valgus au pied droit. Il porte quotidiennement des bas de contention pour un problème de circulation sanguine. Il présente également une scoliose et une sinusite chronique. Freddy se plaint aussi régulièrement d'une douleur à l'épaule droite.

Freddy a été incarcéré pendant 18 années, réparties en plusieurs peines. Nous ne connaissons pas les motifs exacts de ces incarcérations, mais Freddy sous-entend des trafics de drogues et d'armes. Il a obtenu un CAP en pâtisserie, grâce auquel il a ensuite pu travailler dans la restauration, notamment pendant quelques années en qualité de chef de rang à Los Angeles. Il a également été convoyeur d'œuvres d'art aux quatre coins du monde, un métier qu'il affectionnait beaucoup, notamment grâce à l'adrénaline que cela lui procurait. Actuellement, Freddy est au chômage et recherche un emploi dans le domaine de la restauration. Freddy a reçu une éducation catholique. Depuis quelque temps, il s'intéresse à la médecine chinoise et s'est converti au bouddhisme qu'il pratique.

Freddy vit seul dans une chambre d'hôtel qui semble, d'après ses dires, petite et insalubre. Ce logement est provisoire, il cherche à le quitter mais déménager lui semble impossible à cause du couvre-feu. Il explique que son projet serait de partir vivre avec sa compagne actuelle aux Etats-Unis, grâce à un "gros pécule" qu'il percevrait d'ici peu. Auparavant, Freddy a vécu quinze ans dans la rue.

Ancien consommateur d'héroïne, qu'il s'est injecté de ses 21 à 32 ans, Freddy est sevré grâce à un traitement substitutif aux opiacés : le Subutex. Il fume quelques cigarettes de tabac par jour. Il dit pouvoir s'en passer. Pourtant, il continue de fumer après son extraction des dents de sagesse, malgré la contre-indication du dentiste. Il mâche des chewing-gums indiqués dans

la dépendance à la nicotine. Il nous dit également prendre occasionnellement du cannabis pour se détendre et “s’évader”. Concernant sa consommation de crack, son discours est changeant : il lui est arrivé d’évoquer sa consommation et la semaine suivante nous confier “ne pas toucher à ça”.

Il a une prise en charge médicale au CSAPA depuis cinq ans. Il bénéficie de la Couverture Maladie Universelle et de l’Allocation aux Adultes Handicapés, à la suite de son accident de la voie publique. Il a une injonction thérapeutique et un contrôle judiciaire, qui selon son médecin, sont dus au fait qu’il se serait fait prendre en flagrant délit alors qu’il consommait. Freddy a été suivi plusieurs années par une psychologue à l’extérieur du CSAPA, avec laquelle il dit avoir pu élaborer sur son enfance.

Freddy présente des délires interprétatifs, laissant penser, selon l’équipe, à une personnalité paranoïaque sur mécanisme de persécution. En effet, Freddy est persuadé d’être suivi dans les moindres de ses déplacements, y compris dans l’enceinte du CSAPA ou chez le dentiste. Il se sent également régulièrement persécuté par une éducatrice, qui divulguerait des informations fausses le concernant. Il est suivi par un psychiatre en CMP, qui lui prescrit un neuroleptique. Après un échange téléphonique avec ce psychiatre, un infirmier du CSAPA nous fait part que Freddy aurait également un suivi social depuis quelque mois dans un autre CSAPA.

4. Premier entretien

Freddy prend soin d’appeler au CSAPA pour prévenir de son arrivée prochaine. Il arrive un peu avant 16h, alors que nous terminons une partie de jeu avec des usagers du CSAPA. Il nous sollicite rapidement, règle quelques affaires avec une éducatrice, puis nous descendons au sous-sol.

Il installe tranquillement ses affaires sur une chaise longue près du mur, dans un recoin de la pièce à l’abri partiel des regards. Nous nous installons sur un transat dans une position oblique, non-parallèle au sien, afin d’ouvrir l’espace. Il entre rapidement dans une logorrhée. Il nous présente plusieurs magazines sur la santé, dont un sur la médecine traditionnelle chinoise, sujet abordé avec lui lors de notre rencontre du matin. Il enlève ses manteaux et sa casquette à la suite d’une suggestion de notre part. Il amène son corps vers l’avant, signe d’ouverture à la relation.

Sa logorrhée continue. Son discours est peu construit. Les éléments ne s'associent pas de manière évidente. Il évoque différents éléments de sa vie, sans témoigner de réelles

émotions, excepté une impression de fierté et l'attente de réactions de notre part. Le timbre et le volume de sa voix restent identiques. Malgré le récit d'une vie mouvementée marquée d'événements tragiques, Freddy garde un visage peu expressif, marquant ainsi une discordance. Cependant, sa posture en enroulement et son corps chétif nous renvoient une certaine fragilité. Lorsqu'il évoque sa consommation de substance, il chuchote. Cela peut traduire un sentiment de honte ou une peur que d'autres personnes l'entendent.

Nous programmons une séance pour la semaine suivante. Elle se déroulera dans le bureau d'une des médecins, disponible le matin. Il y a ainsi un changement d'espace qui peut perturber les repères, mais Freddy ne montre pas de signes évoquant ce sentiment.

5. Séance de bilan

Nous descendons quelques minutes avant la séance. Freddy finit sa soupe, son café et ses madeleines. Il intervient dans la conversation de Kévin avec un autre usager, pour donner son avis et montrer sa présence et ses connaissances. Julia observe de l'extérieur que Freddy cherche à "checker" Kévin, qui vient de le faire avec l'usager. Il reste avec le poing tendu jusqu'à ce que Kévin le remarque. Freddy nous confie son sac et passe aux toilettes avant de venir dans la salle. Alors qu'il nous tutoyait à l'accueil, Freddy repasse au vouvoiement pendant la séance.

Lors de la première séance, nous laissons Freddy prendre ses repères dans cet espace. Il s'installe sur la chaise à côté du bureau, la plus éloignée de nous, face à la sortie. Il met une nouvelle fois du temps à déposer ses affaires. Il nous présente des magazines, par le truchement desquels il nous expose sa personnalité curieuse. Sans transition, il nous informe avoir changé de patch de nicotine. Il reprend une logorrhée désorganisée. Il nous pose des questions sans écouter nos réponses.

Nous proposons à Freddy de faire un dessin du bonhomme et un questionnaire de Moyano[12]. Nous souhaitons avoir davantage d'informations sur ses représentations corporelles. Il accepte volontiers. Nous l'invitons à s'installer au bureau et mettons à sa disposition des feuilles blanches, un stylo 4 couleurs, des crayons de couleurs et des feutres. Nous lui proposons de réaliser un personnage le plus complet possible. Freddy se montre volontaire. Il répète plusieurs fois qu'il le fait à la "va-vite", ce qui nous rappelle son lapsus "à toute allure" qu'il a

[12] Partie d'un test conçu par Moyano pour évaluer qualitativement les représentations corporelles d'un individu

dit à l'accueil plus tôt. Par ailleurs, il donne comme titre à son dessin : "Croquis d'un punk à la vite". Malgré tout, il consacre un peu plus de quinze minutes à sa réalisation, paraissant s'appliquer avec minutie. Freddy semble essayer de faire de son mieux mais se dédouane d'un potentiel échec en utilisant l'excuse du croquis rapide. Il propose de prendre son critérium puis choisit le feutre vert, "couleur de l'espérance" selon lui. Il demande pourquoi il doit faire un homme et non une femme, nous lui rappelons que nous avons parlé d'un personnage. Il explique qu'il n'a pas représenté les parties génitales par respect pour Julia, puis Kévin, après réflexion, car ce n'est pas son éducation. Il semble avoir des difficultés concernant la réversibilité droite/gauche, car il se trompe sur le dessin au moment de dénommer la latéralité. Puis, il reprend son explication en indiquant "les pecs" à la place des abdominaux, faisant écho à sa remarque de début de séance sur son manque de pectoraux en ce moment. Selon lui, la cuisse et le mollet droits sont représentés en plus gros, tandis que la cheville gauche est dessinée en plus large. Nous pouvons faire le lien avec sa blessure au genou gauche. Il explique avoir mis cinq orteils pour les pieds, dessinés juste en bas de la limite de la feuille. Il dit après qu'il aurait pu dessiner davantage les organes. Pendant la passation, il avait dit vouloir représenter le dedans et le dehors. Les contours de son personnage sont irréguliers et dessinés en plusieurs coups de crayons, presque en pointillés, laissant quelques passages entre l'intérieur et l'extérieur du personnage.

Lorsque nous lui faisons passer le questionnaire de Moyano (cf. annexe 2), Freddy semble l'intellectualiser et cherche à avoir de bonnes réponses. Nous observons cette implication dans la première réponse, où il développe ses connaissances biologiques. Il répond qu'il y a "les organes, le cœur, les tendons et le cerveau" à l'intérieur du corps. Il précise ensuite : "on est fait de sang, d'eau et de chair". Il cherche jusqu'à la dernière question à répondre au plus juste. Nous le voyons dans son hésitation entre les lobes gauche et droit du cerveau pour situer la pensée. Nous notons aussi une représentation corporelle fragile. En effet, Freddy explique que "tout" est fragile dans le corps. Il le justifie "car on n'est pas à l'abri d'un accident".

Nous lui proposons un éveil corporel et un peu de yoga debout. Cela permet de lui montrer un aperçu de ce que nous pourrions lui proposer. Cette première mise en mouvement nous permet de réaliser des observations qualitatives sur l'organisation psychomotrice de Freddy dans le mouvement. Il est concentré et calme sa logorrhée. Il veut montrer qu'il connaît ou sait faire, surtout pour la position de guerrier du yoga, mais se précipite et ne prend pas le temps d'être stable dans ses appuis.

Il dit que l'éveil corporel et le fait de s'exprimer lui ont fait du bien. Il choisit le mot "serein". Il nous demande à deux reprises si nous ne voyons que lui. Il met du temps à reprendre ses affaires.

6. Sémiologie psychomotrice

Au niveau de sa posture, Freddy se tient le dos courbé, à cause d'une scoliose dans la partie haute de la colonne vertébrale. Dans sa motricité globale, il a tendance à se déplacer en portant son poids sur les côtés, avec des transferts d'appuis prononcés. Il montre de bonnes capacités de coordination et d'équilibre. Freddy vient souvent chercher le déséquilibre maximum pendant les exercices, quitte à venir se rattraper aux limites de la pièce : le mur, le lavabo, etc. Dans ces moments-là, il ne cherche pas à se rééquilibrer par lui-même. Nous pouvons observer quelques tremblements, surtout dans la manipulation fine.

Freddy présente une régulation tonique plutôt opérante dans l'organisation de sa motricité, mais peut avoir tendance à être dans une hypertonie lors des propositions corporelles, notamment dans le maintien des postures, impactant la fluidité du geste et son équilibre, mais également sa détente.

Freddy semble avoir une bonne organisation spatio-temporelle. Il évite au maximum son appartement et amène tous ses papiers avec lui. Il est à l'heure aux rendez-vous mais déborde souvent du cadre temporel de la séance à cause de sa logorrhée. Il montre une certaine lenteur dans l'installation, et surtout dans la séparation. Pendant la séance, il a du mal à s'approprier l'espace pour choisir l'endroit où il se sentirait le plus à l'aise pour la relaxation et préfère nous laisser choisir.

Au niveau de sa représentation de soi, il montre une bonne connaissance des parties du corps et une bonne intégration du schéma corporel, lors de son discours et des propositions de mouvement. Cependant, le test de Moyano montre un certain sentiment de fragilité du corps, bouleversé par les différents accidents subis : blessure au handball, prison, accidents de la voie publique, etc. Il dit par ailleurs : "on n'est jamais à l'abri d'un accident". Son discours sur le corps est très anatomique, que ce soit pour les questions ou le test du dessin du bonhomme. Le dessin présente aussi des limites corporelles poreuses. En effet, les contours du personnage sont discontinus, avec un trait peu appuyé. Concernant sa vision de lui-même, Freddy se trouve beau, avec de beaux yeux et dit ne pas faire son âge.

Freddy exprime et cherche à prouver sa confiance en nous rapidement. Il semble peu capable de percevoir ses sensations corporelles. Bien qu'il puisse manifester corporellement son relâchement tonique, son discours reste très pauvre, malgré nos étayages. Lorsqu'il est assis, Freddy peut taper avec sa jambe, traduisant potentiellement une certaine anxiété et une recherche de sensations dans cette position immobile. Il présente de bonnes capacités cognitives, mais peut évoquer des théories peu réalistes, notamment sur la vaccination. Nous pouvons nous interroger sur la véracité de son discours, avec les éléments de sa vie qui surviennent parfaitement, telle que sa rencontre avec sa compagne. Il n'est pas rare que Freddy nous fasse part d'une information, puis se contredise la semaine suivante. Il nous témoigne beaucoup de confiance.

## 7. Projet thérapeutique et début de prise en charge

Pour Freddy, le travail en psychomotricité a pour objectif d'apaiser ses angoisses, générées par ses délires de persécution, en lui proposant un espace sécure et bienveillant, par le biais de la relaxation. Les techniques utilisées passent par la prise de conscience des contractions musculaires amenées par les mouvements, dans un objectif d'unification des sensations, pour amener, avec le support de la voix et la fonction contenante, un sentiment d'unité corporelle. Il est également question de permettre à Freddy de mettre des mots et du sens sur ses éprouvés corporels. La séance de psychomotricité offre donc à Freddy un lieu d'expression, et également la possibilité d'explorer des pratiques qu'il affectionne telles que le Tai-Chi. Nous lui apportons la technique, mais surtout le soutien et la contenance dont il a besoin.

Nous commençons la prise en charge dans la continuité de la proposition d'éveil corporel de la première séance. Nous sollicitons l'ensemble des articulations pour que le corps soit concerné dans sa totalité. Nous proposons des mouvements dans un rythme régulier, qui amène une forme de bercement. Nous mettons de la musique pour amener une enveloppe sonore. Nous amenons ensuite Freddy sur des mouvements plus amples, assez libres, qui viennent sur la musique.

## 8. Evolution

Freddy se montre ponctuel et vient régulièrement aux séances de psychomotricité. Les logorrhées se réduisent pour laisser place à des propositions corporelles, possiblement grâce à

l'instauration de la confiance dans le lien thérapeutique. Freddy a pu trouver le cadre "suffisamment contenant". Les séances comprennent un premier temps d'échange, une proposition d'expressivité afin de mettre le corps en mouvement, un temps de relaxation allongée, puis un retour sur la séance. Il se montre volontaire dans les propositions, mais y amène peu de créativité. En effet, il reproduit les mouvements des enchaînements de Tai-Chi. Nous supposons que ces derniers lui permettent de garder une certaine maîtrise. Il sait nous dire ce qui lui va ou pas pour ajuster, mais sa verbalisation reste très plaquée, ou il dit que cela lui fait du bien. Freddy continue à questionner le cadre, par exemple en restant dans la salle après la séance pour trier son courrier. Par ce genre de débordement, Freddy cherche sûrement à tester, plus ou moins inconsciemment, les limites de notre relation. Nous lui rappelons alors le cadre temporel de la séance, enlevons l'écriteau "séance de psychomotricité en cours", et lui demandons de bien vouloir partir car le CSAPA ferme ses portes.

Dans la relation thérapeutique, Freddy est très investi, il nous ramène sans cesse des livres et des objets lui appartenant qu'il estime pouvoir nous intéresser. Il est dans l'attente continue d'attention et de validation, est attentif à nos réactions. Nous pouvons observer le changement de son expression faciale lorsque nous le félicitons ou validons une de ses propositions. Il parait réellement heureux de cette reconnaissance, ce qui peut traduire un manque de confiance en lui. Lorsqu'il nous parle, Freddy semble investir davantage une personne. Cela amène la question du tiers, qui paraît importante dans cette relation de soin.

Nous entreprenons un travail avec objet médiateur, qui peut « *servir d'intermédiaire dans la relation corporelle. Ce massage apporte un certain relâchement tonique tout en permettant de conserver un contrôle postural ; il apporte sensations contenues et présence à soi-même* » (Exposito, 2012). Nous utilisons des balles sensorielles afin d'offrir une perception d'un corps organisé et unifié, appuyée par nos verbalisations. Ces balles sont lisses ou avec des picots, de poids différents. L'objet médiateur permet de faire la transition avec le toucher, que nous pourrons utiliser lorsque Freddy et nous nous sentirons prêts. Ramo (2015) explique que le « *toucher thérapeutique* [...] *va exercer une fonction contenante et apaisante et, au travers des sensations agréables qui émergent,* [...] *réinvestir son enveloppe et retrouver un sentiment de sécurité interne.* »

9. Les raisons du débordement

Une relation objectale

Freddy a tendance à confier des objets, surtout au début de la prise en charge. Il distribue des éléments de sa vie, pour qu'une part de son identité existe toujours au CSAPA. Freddy veut absolument déposer ses objets : un tapis neuf, une barre de musculation très peu utilisée également, et de nombreux magazines, qu'il veut que l'on garde, lise, emporte chez nous, malgré l'évocation de l'interdiction de le faire. Il peut notamment nous dire : "on ne le dit pas, je vous fais confiance". Chaque semaine, il apporte un nouveau magazine alors que nous n'avons pas lu les précédents et repart donc avec. Tous ces objets réels jouent la transitionnalité, capacité de passer d'un espace à un autre, d'un dedans à un dehors, de conserver les liens affectifs en l'absence de la personne. Ce processus est souvent précaire dans le fonctionnement de l'addiction. Chabert décrit la problématique de la perte d'objet, en associant cette perte à une angoisse d'abandon. Dans cette idée, il est supposé que « *la perte de la perception de l'objet entraîne sa disparition dans l'espace psychique et, avec elle, les effondrements dépressifs et les angoisses d'abandon* » (Constant & Exposito, 2019, p. 317). Après plusieurs séances, ce comportement baisse considérablement en intensité. Nous conservons le matériel au CSAPA et Freddy le voit toutes les semaines. Il n 'en ramène pas de nouveau, peut-être rassuré sur la permanence des objets, qui symbolisent ses séances de psychomotricité.

Freddy a tendance à chercher l'exclusivité dans la relation. Tout d'abord, il semble rechercher une relation exclusive avec "nous", comme entité thérapeutique. En effet, il manifeste à plusieurs reprises une curiosité sur le fait d'être le premier à faire telle ou telle proposition, ou le seul à nous voir. Nous pouvons retrouver cette recherche de dualité quand Freddy a voulu à tout prix "checker" Kevin alors qu'il parlait à un autre usager. Ensuite, Freddy fonctionne également en dyade au sein de notre relation, où il ne s'adresse souvent qu'à une seule personne dans la discussion. Il présente ainsi une attitude d'agrippement. Avec Freddy la question du tiers est importante, le fait que nous soyons un binôme aide à éviter une relation fusionnelle. Ces manifestations peuvent évoquer l'existence chez les sujets addicts d'une défaillance dans le portage, qui n'a pas été suffisamment solide et dont le regard de la mère a fait défaut. Elle serait à l'origine du vécu d'angoisse d'abandon, ainsi que du sentiment de détresse du nourrisson, laissant des traces traumatiques corporelles et entraînant une mauvaise connaissance de ses limites corporelles. Chez Freddy, ces traces traumatiques se reflètent dans sa manière de nous surinvestir et sa crainte d'être mis de côté dans la relation. Dans la même dynamique, Freddy cherche également à avoir notre approbation dans sa façon de faire les

choses. La prise de toxiques serait un remède contre ces angoisses archaïques (Monjauze, 2008).

Freddy dépose sa confiance en nous et dans notre profession. Nous le remarquons dans la métaphore du tapis de yoga de Freddy. Il nous le confie en nous expliquant qu'il n'a pas la place ni la technique pour l'utiliser. Cet objet représente une porte d'entrée vers l'inconnu, voire une nouvelle partie de sa vie qu'il souhaite expérimenter avec nous. Nous constatons que Freddy cherche à créer du lien, souffrant possiblement du « *pas assez de lien, pas assez de relation, pas assez de limites pour contenir, rassurer, sécuriser* » (Potel, 2019, p. 58). Le manque de repères dans le groupe entraîne un "*débordement du soi*" et laisse place aux "*pathologies du narcissisme, le manque à être, le manque de soi."*

Un débordement spatio-temporel

Freddy déborde à plusieurs reprises du temps et de la fonction de la séance. Il rentre dans une logorrhée qui limite le temps de mise en mouvement et qui allonge sa sortie de la salle. Freddy met également beaucoup de temps à s'installer et il peut lui arriver de rentrer dans la salle avant l'heure, sans demander et sans que nous l'ayons convié à le faire. Il a aussi pu utiliser la salle de psychomotricité comme lieu pour faire son courrier. Freddy semble également déborder de la relation thérapeutique instaurée en nous demandant un timbre ou de l'argent pour le dépanner. Nous y voyons une difficulté d'intégration du cadre, possible signe de limites psychocorporelles fragiles. Dans cette même idée, Freddy porte plusieurs couches de vêtements, comme une envie de se constituer une enveloppe externe. Potel (2019) parle de « *vêtement peaux* », en disant également que leur choix traduit « *les émotions,* [...] *notre personnalité* » (p. 54). A chacune des séances, Freddy met quasiment les mêmes vêtements, il les enlève et les remet dans le même ordre, peut-être pour créer une constance de son enveloppe. Nous observons l'accumulation de ces couches de vêtements sur de nombreux usagers du CSAPA. Les parties du corps sont généralement toutes recouvertes, malgré les conditions météorologiques changeantes. Nous pouvons y voir une nécessité pour ces personnes de cacher leur corps, avec ses possibles détériorations dues aux consommations et à la vie précaire. Il peut y avoir un sentiment de culpabilité, voire de honte, vis-à-vis de ce corps abîmé. Dans une autre idée, les multiples couches peuvent aider le sujet à ressentir les limites de son corps. Le poids des vêtements les rend plus nettes par la pression exercée sur la peau, mais également en rendant plus perceptibles les différentes sensations provoquées par les natures des textiles.

Le sens des sensations

Au cours des propositions, Freddy ferme les yeux et semble chercher à prendre le temps. Nous y voyons une volonté de se connecter à son corps. Cependant, sa verbalisation de fin de séance est généralement assez pauvre. Il dit seulement que la séance lui a “fait du bien”. Nous observons qu’il est difficile pour lui de mettre des mots sur ses ressentis corporels. Nous pouvons associer ce phénomène à la recherche de sensations fortes exprimée par Freddy. Il a notamment pu l’expérimenter au travers de sa consommation de drogue, des sports extrêmes qu’il a pratiqués tels que le deltaplane et le parachutisme, ainsi que par son métier risqué de convoyeur d'œuvres d’art. Il n’est d’ailleurs pas rare que lors des propositions d’expressivité corporelle un peu plus libres, Freddy reproduit des mouvements techniques de parachutisme : “là je colle mes bras le long du corps, c’est pour descendre plus vite”.

Concernant les addictions, l’objet de consommation favorise les sensations fortes. La personne perçoit l’objet « *comme ce qui donne sens à la vie* » (McDougall, 2004). Au paroxysme des sensations produites pas la substance, nous pouvons retrouver la notion de “blanc sensoriel”. Ce blanc sensoriel se traduit par un vécu si intense qu’il est difficile de mettre en mot ce qui s’est produit, il y a un manque de mise en sens des affects. Cette expérience intense et difficilement descriptible va entraîner la reproduction du comportement afin d’aller essayer mettre en sens ce qu’il s’est passé. L’intégration sensorielle difficile renvoie au double feuillet décrit par Anzieu, avec « *un feuillet d’excitation et un feuillet d’inscription* » (Constant & Exposito, 2019, p. 317). Dans le processus de l’addiction, il semble avoir « *un surinvestissement de l’excitation mais que l’inscription peine à se faire* ». L’individu explore des sensations fortes, sans que celles-ci viennent faire sens dans son organisation psychocorporelle. La consommation peut avoir des effets désorganisateurs sur le sujet. Le discours peut être sensationnel mais manquer d’affect. Nous, thérapeutes, venons réagir à ses paroles. Nous y mettons des mots pour donner du sens aux vécus. Pour autant, il ne faut pas chercher à tout prix à vouloir organiser les idées de l’usager. En effet, le « *non-sens organisé est déjà une défense* » (Winnicott, 1971, p. 113). L’individu s’est construit sur ce modèle. Le thérapeute écoute sans chercher à tout organiser de prime abord.

## III. Une enveloppe défaillante

Nous évoquons l'hypothèse d'une enveloppe défaillante dans ces deux illustrations cliniques. En effet, nous observons la manifestation de limites poreuses. La porosité des limites se traduit notamment dans la dimension de la frontière entre le dedans et le dehors. Radek et Freddy sont en recherche de contenance. Ils présentent un investissement particulier de la réalité et de la relation.

### 1. Garder la maîtrise

Les difficultés à entrer dans la mise en mouvement peuvent s'expliquer par un rapport au corps compliqué. Potel (2019) dit que « *Le corps mis sur un piédestal devient cet infidèle qui nous trahit, pour ce qu'il dit de nous et de notre infinitude, sans arrêt repoussée.* » Les usagers entrent rapidement dans une logorrhée, qui peut paraître comme une fuite dans le langage, mais aussi constituer une enveloppe sonore réconfortante. La séance de psychomotricité devient alors un espace de parole, auquel nous sommes peu habitués et formés.

Nous pouvons ressentir l'envie de se mettre en mouvement, exercice sur lequel nous sommes davantage à l'aise et où nous voulons faire travailler l'usager. Mais cette logorrhée peut montrer une certaine inquiétude à vivre des expériences corporelles, dans une relation thérapeutique au lien de confiance pas suffisamment construit et fort. La logorrhée peut ainsi permettre de retrouver du contrôle, pour des individus qui en manquent. Reynaud (2019) que « *les effets corporels du manque marquent la perte de la maîtrise de soi, de son propre corps, et l'illusion de contrôler la situation.* »

Cette inquiétude à faire face à leur corps, et ce besoin d'essayer de garder une certaine maîtrise de la situation, peuvent renvoyer aux interactions précoces entre le bébé et ses parents. Il se peut, que dans l'histoire de Radek et Freddy, les processus qui composent ces interactions n'aient pas pu se réaliser "suffisamment bien".

### 2. Déficit des interactions précoces

Le processus de constitution de l'enveloppe débute aux prémices de la vie, alors que le fœtus se trouve dans la cavité utérine. Il y vit ses premières expériences sensorielles, bercé par le liquide amniotique et contenu par la paroi utérine. A la naissance, le bébé passe ensuite à un milieu aérien, sans consistance. Il fait face à des angoisses archaïques de chute et de

morcellement. Afin d'assurer son intégrité, la Mère, au sens de l'adulte qui prodigue le soin, le prend dans ses bras, pour lui apporter le soutien et la contenance dont il a besoin. Au travers de cette relation corporelle avec la mère « *se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite* » (Potel, 2019, p. 145). Si ces interactions précoces font défaut, le nouveau-né ne peut pas se construire une enveloppe fiable et solide, source d'angoisses, qui se reflètent « *dans des vécus ultérieurs d'insécurité* » (Potel). Ce manque de sécurité peut à nouveau mis être en jeu par les individus à l'âge adulte. Ils semblent chercher à intégrer leurs limites en entrant dans des conduites à risque.

L'objet a également une part importante dans le développement du nourrisson. Il correspond au sein de la mère ou au biberon, puis à ce que Winnicott appelle "l'objet transitionnel", comme un tissu ou une peluche investie intensément. Cet objet contenant attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Il rassemble ainsi sa sensualité éparse et crée les conditions de maintien d'une "consensualité", notion décrite par Meltzer (1975). Il semblerait que dans le mécanisme de l'addiction, il y ait eu un « *échec d'introjection d'un objet suffisamment contenant* » (Reynaud, 2019). L'individu éprouve alors des difficultés à se rassembler. Il passe par l'acte répétitif de la consommation pour trouver un objet qui contienne son appareil psychique, car son « *enveloppe corporelle effractée ne peut plus contenir* [son] *Moi psychique* » (Reynaud). Ces objets addictifs, tels que la nourriture ou l'alcool, viennent en substitution des objets transitionnels de l'enfance. Ils peuvent pallier temporairement l'état d'angoisse psychique, et remplir une fonction maternelle, qui ne s'est pas intégrée chez le sujet (McDougall, 2004).

Ce défaut d'introjection de l'objet contenant impacte la construction de l'enveloppe. Elle ne peut alors plus assurer son rôle, ce qui perturbe l'intégration de nombreux mécanismes d'élaboration des premiers mois de la vie.

### 3. Défaillance de la fonction enveloppe

Ciccone (2001) explique que « *la notion d'enveloppe est indissociable de la notion de sa fonction.* » Nous nous devons alors d'étudier les processus qui sous-tendent la fonction de l'enveloppe psychocorporelle, pour mieux comprendre ce que peut engendrer sa défaillance.

Cette « *fonction-enveloppe* » assure notamment un rôle de « *contenance* », qui constitue « *un effet de transformation* » (Ciccone, 2001). Cet effet s'associe à la symbolisation, c'est-à-dire la capacité à mettre des mots sur ses vécus corporels. Ce processus de transformation

permet à l'individu de mieux comprendre son histoire et de trouver son identité psychocorporelle. Lorsque cette fonction contenante de la peau est perturbée, nous pouvons observer le développement d'une « *seconde peau* » comme Bick l'a pensé en 1968. Cette seconde limite du corps se forme pour renforcer l'intégration insuffisante de la première, dans des dimensions physique et psychologique. Dans l'addiction, « *la dépendance envers l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance, en particulier en créant un substitut à cette fonction de contenant-peau* » (Ciccone, 2001).

Si nous poursuivons cette idée que la peau joue une fonction de contenant, nous pouvons nous intéresser à la notion de Moi-Peau développée par Anzieu en 1974. Cette structure d'enveloppe psychique désigne « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 61). Ce psychanalyste décrit huit fonctions dans ce concept, en associant des propriétés biologiques et des fonctions psychiques du Moi. Par l'intériorisation des soins maternants, la peau peut assurer des fonctions de maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscription des traces sensorielles. Dans le processus de l'addiction, le Moi est fragilisé, notamment par une altération des fonctions de maintenance, de pare-excitation et de contenance. La consommation apporte « *l'illusion au Moi-corps troué de colmater ses failles, permettant ainsi de combler les manques et les besoins du sujet, afin de restaurer l'illusion de l'unité de soi perdue* » (Reynaud, 2019). Par l'intermédiaire du produit, le sujet cherche à colmater les failles de son enveloppe, ou tente de se former une nouvelle enveloppe psychocorporelle, qui pourrait mieux assurer les fonctions de contenance, de maintenance psychique et de pare-excitation face à l'environnement.

# PARTIE 4 : L'INTERET DU CADRE DANS L'ADDICTION ET LA PRECARITE

A travers le cas de Cédric, nous allons illustrer notre recherche de création d'une aire transitionnelle. Il est alors nécessaire d'établir un cadre "suffisamment bon" pour y accéder, au sens de la fonction maternelle décrite par Winnicott. L'espace transitionnel de la séance apporte la sécurité qui permet au sujet d'être à l'écoute de ses sensations corporelles, dans le respect de son rythme. Il s'agit d'un lieu « *où il retrouve un ancrage dans son corps apaisé unifié dans une entité psychocorporelle* » (Dodin, 2012).

## I. Cédric ou l'intégration de la sécurité du cadre

### 1. Rencontre

Nous croisons régulièrement Cédric à l'accueil. Il est généralement là tous les jeudis matin et après-midi, car il a rendez-vous avec son médecin. Cédric est familier du lieu, il est souvent en interaction avec l'équipe et les autres usagers du CSAPA. Il se décide un jour à nous demander ce que nous faisons ici. Notre explication lui parle, il accroche tout particulièrement lorsque nous évoquons la médiation du yoga et nous lui proposons alors un entretien.

### 2. Présentation de Cédric

Cédric est un jeune homme assez grand. Il porte souvent un bonnet et un cache-cou, faisant office de masque. Il a une corpulence moyenne et les yeux marrons. Il se montre généralement dynamique, mais peut aussi être dans une attitude nonchalante.

Cédric parle avec facilité aux personnes. Il se montre à l'aise et fait preuve d'humour avec l'équipe du CSAPA, principalement les éducateurs, ce qui lui vaut de ne pas passer inaperçu lorsqu'il est à l'accueil. Il est souvent avec un autre usager du CSAPA. Ils partagent les mêmes origines et sont perçus comme le duo blagueur dans le centre.

3. Anamnèse

Cédric est un jeune homme de 32 ans, né en banlieue parisienne. Il a des origines antillaises, où il a vécu de nombreuses années dans son enfance et en tant que jeune adulte. Il a ensuite vécu en Bretagne, avant d'arriver à Paris. Actuellement il vit dans les tunnels souterrains parisiens avec des amis et sa compagne. Il a un Brevet d'Etude Professionnelle, mais nous ne savons pas dans quel domaine. Il a déjà travaillé en tant qu'employé mais a été licencié à cause de son comportement agressif, selon lui. Il est actuellement au chômage.

Il est pris en charge par un médecin du CSAPA depuis le mois de novembre 2020. Cédric est poly-consommateur. Il a commencé alors qu'il était mineur. Actuellement, il boit de l'alcool à hauteur d'environ vingt-cinq verres standards par jour, de bière ou de vin, et il fume vingt joints de cannabis, ainsi que quatre cigarettes de tabac par jour. De plus, il sniffe de la cocaïne deux à trois fois par semaine avec son groupe de pairs. Il est écrit dans son dossier qu'il a une obligation de soins, faisant probablement suite aux gardes à vue qu'il multiplie, pour motif de violence sur autrui. Il est également suivi en séance hebdomadaire avec la psychologue du CSAPA.

Cédric a pratiqué de l'athlétisme étant plus jeune. Il faisait notamment du sprint (100 m) et du lancer de javelot. Cédric se plaint de tensions dans le dos et le cou. Il parle également d'une douleur aiguë qu'il pointe au niveau de l'estomac, principalement lorsqu'il se penche.

Au niveau familial, Cédric nous confie avoir été abandonné par sa mère. L'équipe parle d'un père qui a été violent avec Cédric dans son enfance, sous les effets de l'alcool. Dans une démarche opposée, Cédric dit boire pour calmer ses élans d'agressivité. Sa consommation a ainsi une fonction de régulation émotionnelle.

4. Premier entretien

Cédric vient nous voir dans le bureau après son rendez-vous médical qui semble avoir été éprouvant et mouvementé : "je viens de me faire engueuler". Il est dans un certain mutisme, avec une attitude hypotonique. Il semble dépité, dans une posture de repli : tête basse, épaules en avant, mains entre les genoux. Il nous parle de plusieurs emplois perdus et d'une difficulté à gérer sa colère. Il semble intéressé par la médiation de yoga. Sur le moment Cédric ne sait pas nous dire s'il souhaite un suivi avec nous. Nous lui laissons le temps de réfléchir et lui précisons qu'il peut nous en reparler dès qu'il le souhaite.

Nous le croisons dans la rue en partant. Il nous reconnaît et nous dit au revoir, semblant aller mieux.

Un matin à l'accueil, alors que nous discutions autour de lui avec la stagiaire psychologue, il nous demande si nous pouvons faire le "Yoga" maintenant. Nous avons une séance qui est prévue dans peu de temps. Nous lui donnons alors rendez-vous à cet horaire la semaine d'après.

5. Séance de bilan

Trop fatigué le matin, il décale le rendez-vous à 14h30. Nous le voyons après sa consultation avec son médecin référent. Ces entretiens avec elle semblent le décontenancer à chaque fois. Plus tard, elle nous précise qu'elle se montre directe et franche avec ses patients, pour leur faire prendre conscience de leurs comportements. Cédric boit rapidement un café puis nous descendons ensemble. Nous avions préparé un espace avec les chaises longues. Il s'installe dans un coin, le mur derrière lui, ce qui est sans doute plus sécurisant pour lui. Il devient beaucoup moins loquace et dynamique avec nous, comme il a l'habitude de l'être à l'accueil. En effet, le contexte de la séance de psychomotricité semble changer sa posture.

Au questionnaire sur les représentations corporelles, Cédric répond rapidement. Nous lui laissons le temps de compléter, mais il ne développe pas davantage. Il cite seulement "les organes" à l'intérieur du corps, et dit que dans les parties du corps qui peuvent se plier et se déplier, il y a "les bras, les jambes, un peu tout". Cédric semble avoir une représentation fragile dans sa construction corporelle. Il répond que "tout" est fragile dans le corps. Il ne présente pas pour autant une dévalorisation de sa personne, ne trouvant "rien" comme partie du corps qu'il n'aime pas. Il explique timidement qu'il aime "le sexe" comme partie du corps.

Nous passons à une mise en corps. Nous proposons de prendre le temps de sentir les appuis et de respirer. Il le fait, en attendant et observant les prochaines consignes. Nous lui proposons des mouvements d'échauffement pour chaque articulation. Il les fait, un peu bloqué dans la respiration.

Nous nous demandons ce qu'il a pu en saisir, gênés par son manque de verbalisation. Il dit seulement que l'éveil corporel lui a fait du bien, sans grand enthousiasme. Il revient pourtant de lui-même vers nous pour avoir une autre séance, et nous demande pourquoi nous ne sommes pas là les autres jours. Cette demande vient en contradiction avec notre ressenti sur son attitude durant la séance.

6. Sémiologie psychomotrice

Il est à noter que nos séances se déroulent l'après-midi, Cédric a pu consommer dans la journée. Cela impacte notamment ses capacités d'équilibre. L'alcool donne des sensations de vertige et le cannabis altère les perceptions corporelles. Cédric ne peut plus se fier à ses sens pour se repérer dans sa motricité. Il présente globalement de bonnes coordinations.

Cédric a globalement une bonne régulation tonique. Il se montre tout de même un peu tendu dans la réalisation des mouvements. Lorsqu'il s'assoit, il a au contraire tendance à s'avachir vers l'arrière, en recherchant peut-être la solidité du mur.

Il se présente généralement à l'heure, cela reste néanmoins difficile à évaluer car il est presque toute la journée au CSAPA. Cédric a du mal à s'approprier lui-même l'espace, il attend que nous lui disions où s'asseoir en début de séance. Il investit davantage l'espace lorsque nous amenons une dimension ludique, notamment à travers les propositions de jeu de faire semblant que nous avons explorées avec lui.

Cédric semble avoir une bonne intégration du schéma corporel. Il mobilise correctement les différentes parties de son corps sur consigne orale et sait distinguer les parties à l'intérieur et à l'extérieur du corps au questionnaire de Moyano, bien que les énumérations soient relativement pauvres. Tout de même, il répond à ce questionnaire sur les représentations corporelles, que "tout" est fragile dans le corps, témoignant sans doute d'un manque d'appuis solides et d'une image du corps perçue comme fragile. Cédric dit aimer "[son] sexe" ce qui peut supposer un investissement libidinal de cette zone, en corrélation avec la détente qu'il nous dit ressentir après avoir fait l'amour.

Sur le plan psychoaffectif, Cédric se dit violent, en témoignent ses nombreux séjours en garde à vue. Néanmoins, Cédric est capable de faire la distinction entre son comportement à l'extérieur et celui dans le centre. Il sait qu'au sein du CSAPA, il ne peut pas se montrer violent comme il peut le faire dehors. Il intègre le cadre de l'interdit de la violence dans le centre, pour pouvoir continuer à y venir. Sa compagne s'étant faite exclure du CSAPA pour un problème de comportement, Cédric est conscient du risque qu'il encourt s'il s'adonne à la violence. Cette gestion semble rester coûteuse pour Cédric, ce que nous observons notamment dans son attitude corporelle. En effet, lorsqu'une situation le contrarie, il a tendance à serrer son poing droit et laisse un temps de latence avant de répondre, comme s'il inhibait sa réponse immédiate qui pourrait être agressive. Néanmoins, Cédric semble renvoyer une grande fragilité derrière ses plaisanteries. Il est capable de nous évoquer des situations difficiles avec un discours chargé

d’affect. Sa violence et ses blagues semblent être des attitudes lui permettant de cacher ce qu’il ressent vraiment.

7. Projet thérapeutique et début de prise en charge

Le travail en psychomotricité pour Cédric est axé sur la régulation tonico-émotionnelle et l’ancrage. En effet, il présente des difficultés à gérer ses émotions, qui ne passent que par la colère. Il justifie ce comportement comme un moyen de protection face aux conditions de vie difficiles dans la rue. Au vu des réponses au test de Moyano, ainsi qu’aux observations qualitatives dans les premières mises en mouvement proposées à Cédric, la prise en soin concerne également un travail sur les appuis. Cet ancrage lui permettrait d’être plus stable dans ses mouvements. Les séances de psychomotricité offrent également à Cédric un lieu d’expression et d’élaboration, soutenues et contenues par nos deux regards.

Nous continuons la prise en charge dans la salle au sous-sol, durant l’après-midi. Il s’assoit au fond et nous laisse aménager l’espace. Nous commençons le travail autour de postures de Yoga et d’étirements, soutenu par de la musique. Nous prenons du temps en début et fin de séance, afin d’élaborer avec Cédric sur ses ressentis, et surtout ses émotions, notamment sa colère.

8. Evolution

Suite à des événements comme une blessure à la main et une garde à vue, Cédric manque quelques séances, mais il reste motivé et demandeur. Il propose notamment de faire deux séances en une journée afin de rattraper celles qui ont été manquées.

Nous proposons à Cédric des exercices de respiration à chaque début de séance. En pleine conscience, il peut ressentir les mouvements corporels amenés par l’inspiration et l’expiration, par exemple en mettant les mains de chaque côté du tronc, puis sur les côtes. Les mouvements accompagnés de la respiration l’aident à se poser. A la suite de ces moments, nous proposons des oscillations pour ressentir les appuis, et s’ancrer dans le sol et la séance. Il effectue ces mouvements de manière très légère, à cause de vertiges qu’il justifie par son alcoolisation. Nous poursuivons par des séquences d’échauffement, qui viennent, à travers la sollicitation de toutes les articulations, contacter le corps dans son ensemble.

Les corps de séances comprennent du jeu de faire semblant, et aussi des postures de yoga et des propositions autour de l'expressivité du corps. Cédric reproduit les positions avec concentration, et se montre relativement à l'aise. Il amène cependant peu d'initiative dans les mouvements. Les séances se terminent sur quelques étirements pour soulager des douleurs au dos et au cou dont il nous fait part. Les verbalisations de fin de séance mettent plusieurs semaines à se développer. Il peut dire que les propositions lui font du bien, et qu'il essaye parfois d'en reproduire certaines lorsqu'il est énervé. Il explique que la réalisation de mouvements lui permet de penser à autre chose que ce qui l'énerve.

Cédric arrive de plus en plus à verbaliser sur la colère et l'agressivité qui l'habitent. Il sait dire que rien ne le soulage plus que d'être violent quand il est en colère. Il explique que cette émotion est toujours présente en lui. Selon lui, ses consommations d'alcool et de cannabis l'aident à se calmer, ce qui lui permet de venir au CSAPA. Nous essayons de lui proposer d'autres outils ou moyens d'expression pour canaliser son énervement. Il sait verbaliser que pour lui le yoga lui permet de ne plus penser à ce qui l'énerve en se concentrant sur autre chose. Cédric nous fait également part de son plaisir à rigoler des personnes qui l'entourent pour s'apaiser. Nous pouvons y voir ici une manière de mettre les autres à distance. Ainsi, par le même biais que la violence, Cédric se construit une carapace contre les autres qui, pour lui, constituent une agression extérieure potentielle. Cette forme d'agressivité peut également s'apparenter à l'assouvissement d'une pulsion de destruction, lui permettant de se décharger émotionnellement.

Pour mettre en jeu cette attitude de moquerie, nous proposons à Cédric du jeu de faire semblant, dans lequel il doit imiter des personnes qu'il connaît, en mettant en avant une caractéristique, un geste ou une phrase qui permet de les identifier. Ce jeu spontané a pour objectif de lui permettre de représenter ses émotions au travers du jeu. Au vu de son investissement dans le jeu, nous poursuivons le travail en nous imitant nous-mêmes. Par ailleurs, il s'imite comme une personne menaçant les autres avec le doigt. Ce temps amène une ambiance comique, un plaisir qui peut servir de levier thérapeutique. De plus, à travers les mouvements de faire semblant, nous pouvons travailler la gestion de l'espace et la régulation tonique selon les personnalités.

Un jeudi de stage, nous nous retrouvons sans salle de repos pour accueillir Cédric pour sa séance. Nous décidons tout de même de maintenir le rendez-vous et allons dans le bureau

exigu de l'assistante sociale. La disposition de la salle ne permet pas de se mettre en mouvement. Nous privilégions alors la discussion et la relaxation assise, que nous n'avions jusqu'alors jamais abordée avec Cédric. Il nous dit que ça l'aide à se calmer et nous demande plus d'informations sur les médiations utilisées en psychomotricité. Nous abordons alors la notion de toucher thérapeutique qui semble l'intéresser, et lui proposons de l'explorer la semaine suivante.

Nous proposons donc à Cédric une exploration de la pratique de l'objet médiateur, ici des balles à picots. La première fois, nous introduisons la médiation en le laissant en autonomie, pour découvrir sa texture et sa densité. Puis, nous l'accompagnons verbalement vers une proposition d'automassage, à laquelle nous participons également avec nos balles respectives. La musique permet aussi de soutenir nos inductions et d'accompagner la proposition. Nous poursuivons ensuite en passant tous les deux une balle sur lui. Cédric s'allonge alors sur le ventre, avec nos présences à chacun de ses côtés. Lors du temps d'installation, il manifeste corporellement quelques tensions, peut-être dues à l'inconnu de la proposition, à la proximité des corps et à l'angoisse du toucher. Cependant, il semble rapidement se relâcher, et profiter de ce moment. Il s'autorise à nous suggérer une pression plus importante, à l'écoute de ses sensations et de ses besoins. Cédric présente et verbalise un lâcher-prise en fin de séance. Il dit alors : "j'ai l'impression d'être défoncé, sans m'être défoncé". Il demande également s'il peut prendre une balle pour s'en servir à l'extérieur.

Nous effectuons une de nos séances avec une stagiaire psychologue au CSAPA, que Cédric voit également en suivi. Elle souhaite observer ce qu'il est possible de faire en psychomotricité dans le contexte de l'addiction. Au cours de cette séance, Cédric se montre dans un état de fatigue, il s'allonge et ne semble pas vouloir s'investir physiquement. Il échange longuement avec la stagiaire psychologue, semblant confondre les prises en charge psychomotrice et psychologique. Nous observons dans cette situation le fait que les personnes présentes durant une séance conditionnent le cadre de soin. Ainsi, la présence de la stagiaire psychologue engendre une confusion dans le cadre pour Cédric.

Cédric est souvent accompagné de la chienne de sa compagne. L'animal s'installe sur la chaise longue à ses côtés. Il la caresse tranquillement, ce qui semble amener un sentiment de calme.

## 9. Le cadre comme enveloppe

### Une attitude dépendante du cadre

Lorsque Cédric se trouve à l'accueil du CSAPA pour manger, ou pour participer à nos ateliers jeux de société, il se montre dynamique et taquin. Le centre constitue un véritable repère pour Cédric, tant dans sa dimension spatiale que temporelle. Dans le contexte des séances de psychomotricité, Cédric présente un certain mutisme. Nous supposons qu'il n'est plus obligé de faire semblant d'aller bien, qu'il s'agit d'un moment seul dont il profite, en opposition à son environnement au squat.

### Le craving comportemental

Cédric semble conscient des répercussions de son comportement violent. Il a notamment pu nous dire, telle une fatalité, qu'il allait finir par être incarcéré, comme tous les ex-compagnons de sa compagne actuelle, violents eux aussi. Son comportement agressif lui vaut de nombreuses gardes à vue, dont il semble avoir honte. Malgré la conscience et la connaissance des conséquences négatives que son comportement risque d'entraîner à long terme, Cédric n'arrive pas à abandonner cette violence. Ce processus semble s'apparenter à ce que nous pourrions appeler un "craving comportemental", dans le sens d'un besoin irrépressible de se battre. Il est également possible, qu'inconsciemment, la perspective de la prison renvoie à Cédric la sécurité d'un cadre, des limites et une certaine contenance, dont il manque dans sa construction psychocorporelle et ses conditions de vie précaires.

### La colère comme bouclier

Cédric est conscient de son comportement agressif et le justifie par la colère qui l'habite. Il est également capable de dire qu'il se positionne en tant qu'agresseur pour être tranquille. Comme nous avons pu le présenter dans l'anamnèse de Cédric, il consomme pour éviter d'être violent, dans une dynamique opposée à celle de son père. Hachet (2005) explique à propos de ces situations familiales, où il peut exister des traumatismes, que « *la prise de drogue peut viser à empêcher la survenue de ces actes impulsifs.* » Par ce biais, Cédric cherche à se créer une enveloppe afin de mettre les autres à distance, dans un monde où son corps est constamment visible par l'autre, d'autant plus qu'il vit en collectivité dans les souterrains parisiens. L'axe thérapeutique visant à la gestion de la colère et à l'apaisement vient de sa propre demande.

Nous observons l'impact de la détente corporelle sur son impression diffuse de colère. Les mises en mouvements, soutenues par la respiration et la musique, constituent des outils pour sa gestion émotionnelle.

L'addiction pour panser ses blessures

Cédric semble renvoyer une fragilité identitaire. Son vécu corporel est marqué par une histoire familiale difficile et des conditions de vie précaires. Sa construction narcissique a été mise à mal. Ses consommations sont alors intervenues pour colmater ses failles. Reynaud (2019) explique que le « *comportement addictif* » est utilisé comme « *solution pour soulager les blessures narcissiques profondes du Moi du sujet.* » Le sujet peut alors construire son identité autour de l'addiction, dans un investissement important du produit.

## II. Intérêt de la mise en place d'un cadre sécure

Nous avons présenté des problématiques d'enveloppe dans les comportements addictifs et dans les situations de précarité. Nous avons fait l'hypothèse que ces problématiques pouvaient potentiellement être la cause de la mise à mal du cadre au CSAPA. Nous nous demandons maintenant quel serait l'intérêt de proposer un cadre sécure dans ces conditions.

### 1. Un cadre sécure

Un cadre thérapeutique sécure est un cadre de soin dont les modalités permettent, à la personne qui l'investit, de se sentir en sécurité. Il nécessite des repères stables et fiables, pour que le patient puisse identifier la séance et son organisation. Le thérapeute met en place des règles, selon ses attentes envers le patient, qui constituent un cadre à ce qui se passe dans la séance. Le bon déroulement d'une prise en soin nécessite une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Elle comprend principalement le respect, la bienveillance, le non-jugement, l'étayage constructif et la reconnaissance des émotions et des difficultés traversées. Ce cadre fait référence à l'environnement sécure nécessaire au bon développement de l'enfant.

### *1.1. Repères spatio-temporels*

La sécurité du cadre passe en grande partie par la stabilité des repères spatio-temporels. Ils soutiennent l'organisation psychocorporelle de la personne.

#### Temps

Dans la prise en soin des problématiques d'addiction et de précarité, l'un des objectifs principaux est d'établir un lien dans une temporalité. La fréquence des rendez-vous n'a pas besoin d'être rapprochée, elle peut être mensuelle, bimensuelle voire trimestrielle. L'importance vient de la régularité. La volonté est de rétablir une temporalité, autre que celle de la rue, dans la création d'un lien de confiance. Par conséquent, il est très important dans ce type de prise en charge d'honorer les rendez-vous avec l'usager, afin que celui-ci ne se sente pas trahi par notre absence, qu'il pourrait vivre comme un énième abandon. Dans le cas inverse où un usager ne vient pas, nous gardons ce créneau pour la semaine d'après. Cela peut montrer que nous accordons de l'importance à cette personne, que nous ne l'oublions pas.

Réintroduire des rythmes continus, structurés et cohérents s'avère indispensable afin de sécuriser les patients et que puissent se déployer les expériences psychocorporelles proposées en psychomotricité. Cette « *rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité* », elle « *participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité* » (Ciccone, 2001). La temporalité et les rythmes des usagers peuvent être perturbés, il est donc nécessaire de les aider à retrouver des repères. Ces repères temporels apportent de la contenance, et visent également l'intégration dans la vie sociale.

Un premier entretien est souvent proposé par les psychomotriciens pour amorcer la prise en soin. Le fait de ne pas commencer le travail immédiatement amène à une autre temporalité, que celle de l'immédiateté de la consommation. En effet, les usagers recherchent une satisfaction sur le moment, dans la difficulté de penser au temps d'après. Potel explique que « *l'importance est donnée à des réponses immédiates et rapides, à des désirs assouvis, à des rêves à court terme et surtout… réalisés !* » (2019, p. 50). Dans le cadre des séances de psychomotricité, prendre son temps est important. Il s'agit d'une discipline dans laquelle la solidité de la relation thérapeutique est primordiale et l'instauration de la confiance mutuelle qui en découle peut prendre du temps, en particulier dans le contexte de la précarité et de l'addiction.

Espace

La notion d'espace est indissociable de celle du temps. En effet, cette rencontre à un instant T se déroule dans un espace particulier. Le cadre spatial constitue l'environnement sensitif dans lequel le patient va pouvoir évoluer. A ce sens, sa disposition et les modalités qui le composent doivent être réfléchies, de sorte que le patient s'y sente bien, en fonction de ses particularités sensitives et de son besoin de contenance.

L'organisation spatiale, dans ses composantes d'orientation et de structuration, est corrélée avec la perception corporelle de l'individu. En effet, l'assimilation d'un dehors et d'un dedans vient avec l'intégration de ses propres limites. Dans le contexte de l'addiction, où l'enveloppe psychocorporelle peut avoir des failles, il semble alors essentiel de donner des repères spatiaux stables.

Le cadre amène donc une certaine régularité de repères. Ils sont essentiels pour que le patient puisse s'appuyer dessus, alors qu'il est souvent en manque de ces repères à l'extérieur, notamment dans le contexte de l'addiction et de la précarité. En effet, Houzel (2010) explique que « *plus un patient souffre de défaillances de la fonction contenante, plus il a besoin d'un cadre thérapeutique stable et rigoureux* » (p. 133). Avec les usagers, ce sont les invariants et la prévisibilité première des séances, accompagnés de la sécurité interne du thérapeute, qui permettent au patient de trouver des appuis, de se sécuriser et donc de se déployer au sein de la prise en charge, autorisant par-là l'instauration de changements progressifs.

### *1.2. La rencontre : un espace-temps dédié*

Ces repères spatiaux et temporels constituent un espace-temps dédié à l'accueil et à la prise en charge de la personne. Dans ce rôle d'accueil, nous considérons la reconnaissance en tant qu'être humain qui n'est malheureusement pas toujours vécue par les personnes en situation de grande précarité, de par la marginalité qu'ils incarnent. Cette considération de la personne va permettre de pouvoir aborder les problématiques identitaires, ainsi que de faire émerger l'identité corporelle de la personne.

Pour que cette rencontre soit vraiment dédiée, elle se doit d'être personnalisée et pensée en fonction de l'individu qu'elle accueille. Mellier (2005) évoque que le cadre de soin, nécessaire à l'élaboration du patient, « *doit tenir compte des fonctions contenantes ou*

*“enveloppes” du Moi. Si elles sont défaillantes, il doit être adapté.* » Cet ajustement du cadre doit passer par l’adaptation thérapeutique, qui contient notamment l’adaptation du psychomotricien. Il se doit d’être là, présent mais malléable, saisissable mais pas intrusif.

La rencontre entre le soignant et le soigné doit se faire dans un accordage mutuel. Cet accordage prend en compte la sensibilité du patient, ses capacités, ses besoins, sa motivation au changement, et également la sensibilité du professionnel. Cet accordage fait écho à la notion de dialogue tonico-émotionnel, définie par Ajuriaguerra (1985) comme un « *processus d’assimilation et surtout d’accommodation entre le corps de la mère et le corps de l’enfant.* » Ici, le dialogue tonico-émotionnel pourrait être considéré comme les états émotionnels de l’usager et du psychomotricien, avec la possibilité d’une transmission de l’un à l’autre, et donc l’émergence d’une capacité à s’adapter à autrui et à ses ressentis, dans le but d’une harmonisation de la relation.

Afin de maintenir un cadre sécure, le professionnel se doit d’adopter avec le patient une posture compréhensive, mais pas permissive. Cela concerne une attitude d’empathie, à l'écoute du patient, à distinguer de la sympathie, pour être attentif à ne pas se laisser embarquer par le mode de lien du patient (adhésivité, dépendance affective, etc.). En effet, il est primordial d'être à l’écoute des problématiques et des envies de l’usager, mais ce n’est pas pour autant qu’il faut tout accepter. Potel (2019) estime que « *l'apprentissage des limites et de la sécurité du corps, comme du respect de soi, passe aussi par les interdits et le non.* » Dans des problématiques d’enveloppes défaillantes, il paraît donc nécessaire de poser les règles du cadre et de les faire respecter, le “non” étant considéré par Potel comme un « *organisateur de la psyché et de la sécurité interne.* » Dans cette perspective, le psychomotricien amène le sujet addict à « *investir d’autres zones corporelles comme moyens d’accès à des sensations de plaisir.* » Les expériences sensorimotrices, soutenues par l’adaptation thérapeutique et sa contenance vont « *enrichir ses capacités d’autoreprésentation* » (Potel).

### *1.3. Une relation sécure*

La mise en place d’un cadre thérapeutique adapté passe également par l’instauration d’une relation sécure entre le patient et le thérapeute. La théorie de l'attachement est décrite pour la première fois par Bowlby en 1958, comme un comportement inné qui vise au rapprochement entre l’enfant et sa mère pour créer un sentiment de protection et de sécurité. La

qualité des interactions entre la mère et son enfant conditionne la sécurité interne de ce dernier et donc sa capacité à explorer le monde qui l'entoure. Un attachement dit "sécure" est corrélé avec la sensibilité de la mère, ainsi qu'au plaisir que cette dernière prend à s'occuper de son enfant.

Cet attachement "*est très important pour le développement intellectuel et moteur du bébé, mais demeure une constante dans la vie adulte*" (Wiart). En effet, bien que les interactions précoces conditionnent le type d'attachement, la plasticité neuronale rend le système possible d'évolution tout au long de la vie. Pour Furtos (2008) le fait d'être "*tenu, porté, mais aussi retenu et contenu [...] dans une forme qui en même temps donne un lieu, une niche, une place, un "cadre" qui situe et étaye l'émergence du sentiment identitaire, me semble être la première forme corporelle de la sécurité*". Dans le cadre de la prise en soin, l'objectif est de mettre en place une relation assez "sécure" au sens de Bowlby, pour permettre au patient de vivre la relation thérapeutique comme un soutien, une base de sécurité à partir de laquelle il se permettra davantage d'explorer et d'investir son environnement et les propositions.

## 2. La fonction du cadre sécure

Une fois que le cadre sécure est installé, il permet de laisser émerger de nombreuses fonctions. Nous allons développer ci-dessous la mise en sens des éprouvés corporels, puis la création d'une aire transitionnelle.

### *2.1. La mise en sens des affects par la fonction contenante*

Nous avons observé de grandes difficultés chez les usagers lors des verbalisations de fin de séance. Nous nous sommes interrogés sur leur capacité à être à l'écoute de leurs sensations corporelles, surtout lorsqu'ils ont pu consommer avant la séance. L'addiction pourrait compliquer la mise en sens des éprouvés corporels. La fonction contenante aide à mettre du sens aux affects. Elle désigne la capacité à maintenir le psychisme dans des limites adaptées.

Nous pouvons associer l'accompagnement en psychomotricité dans l'écoute corporelle, au rôle maternel de pare-excitation, notion décrite par Bion. Cela permet la transformation des projections désorganisées de l'enfant en éléments assimilables psychiquement, grâce à la fonction alpha. La fonction contenante du psychomotricien a pour objectif de « *favoriser*

*l'émergence d'un lieu, d'un lien thérapeutique, afin d'aider au mieux la personne à poser des mots sur ses souffrances, à retisser son histoire* » (Garnier, 2019). Le thérapeute propose de contacter la mémoire psychocorporelle du sujet par l'intermédiaire de médiations mettant en jeu le corps. Il soutient ces expériences psychomotrices, avec le projet de l'aider « *à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes" et qu'il accède "à des voies de symbolisation plus secondarisées* » (Potel, 2019, p. 360).

Pour favoriser le sentiment de stabilité, le psychomotricien fait répéter les expériences psychocorporelles. Les éléments prévisibles appuient l'installation d'une base de sécurité. Cette dernière est souvent fragile dans la construction identitaire du sujet addict. Il passe alors par la recherche de sensations corporelles pour se créer un contenant. Son « *sentiment de soi tient alors à la répétition des sensations recherchées* », elles lui permettent « *de se sentir vivant et contenu dans son existence* » (Le Breton, 2012)

La recherche de contenance peut aussi s'observer dans la volonté d'appartenir à un groupe. La consommation fragilise la perception d'une enveloppe corporelle contenante et fiable. L'individu recherche ses limites psychocorporelles, notamment dans le fait de « *vivre des expériences sensorimotrices extrêmes, se mettre en danger et dans l'illégalité, tester le cadre de vie et de soin* » (Dupin & al., 2018, p. 629). Il est alors fréquent de voir des usagers exposer clairement leur appartenance à un groupe. Ce comportement peut faire office de contenant, "*parfois au détriment de l'identité et du ressenti plus personnel*" (Dupin & al.).

En tant que duo de thérapeute composé d'un homme et d'une femme, nous pouvons rejouer les processus parentaux. Cela peut renvoyer à la contenance maternelle et à la fonction séparatrice du tiers paternel, qui fait penser à la notion de "parents harmonieusement combinés" décrite par Resnik (1986). Par cette expression, il désigne « *un objet support qui articule les fonctions maternelles et les fonctions paternelles : les fonctions maternelles sont figurées par l'horizontalité, la réceptivité, la contenance, et les fonctions paternelles par la verticalité, la fermeté* » (Ciccone, 2001). Dans cette idée, le couple de thérapeutes apporte au sujet une enveloppe contenante et un soutien à la construction du sentiment d'identité.

### *2.2. Une aire transitionnelle*

La mise en place d'un cadre sécure va pouvoir permettre l'émergence de ce que Winnicott appelle « *l'aire transitionnelle* ». Il s'agit d'un espace, qui n'existe pas dans le monde concret mais qui n'est pas non plus complètement imaginaire. La mise en place d'un dispositif adapté à l'individu amène la création d'un tel espace. Dans celui-ci, différentes sphères corporelles peuvent être convoquées, qui cohabitent ensemble sans aucune limite, mises à part celles du cadre instauré par la séance. Dans cette dynamique, le sujet s'autorise à devenir l'individu qu'il veut, dans une sorte de "jeu" plus ou moins tacite et bref. En effet, selon les modalités de la prise en charge, l'aire transitionnelle peut être recherchée par le thérapeute pour mener à bien son projet thérapeutique, mais elle peut également être saisie par le patient pour s'exprimer.

Dans le contexte des addictions et de la précarité, les tensions internes et les tensions externes sont particulièrement présentes. Pour Winnicott (1958), « *l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et la réalité du dehors* », il suppose ainsi que « *cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience* ». A l'âge adulte, cette aire transitionnelle permet d'exprimer la créativité, d'étayer la vie imaginaire qui peut être carencée dans les problématiques que nous avons rencontrées.

## 3. L'apport de l'enveloppe institutionnelle

Nous souhaitons étudier l'apport de l'enveloppe institutionnelle dans sa fonction contenante, dans la prise en charge du sujet addict en situation de précarité. Selon Houzel (2010), l'institution a « *une fonction thérapeutique* », lorsqu'elle tisse « *au fil de son histoire une enveloppe, comparable à l'enveloppe familiale* » (p. 149). Cette comparaison entre l'institution et la famille est intéressante, dans le cadre d'un CSAPA considéré par de nombreux usagers comme un foyer familial. Nous pouvons alors retrouver des processus des interactions précoces. Pour Winnicott, le *holding*, présence physique et psychique de la mère, soutient le sentiment continu d'exister de l'enfant. Dans l'addiction, « *l'individu s'en remet au holding des sensations étayées par la molécule et des routines qui alimentent la recherche du produit et de son administration* » (Le Breton, 2012). Le *handling*, soins maternels, dans une préoccupation maternelle primaire, permet que se forme une première image du corps circulaire. Ces premiers

sentiments d'unité vont être symbolisés dans les échanges précoces et former des symbolisations primaires (Roussillon, 1995), premières formes de l'image du corps.

L'enveloppe institutionnelle doit alors avoir comme propriétés : « *étanchéité* », « *perméabilité* », « *consistance* » et « *élasticité* » (Houzel). Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire maintient la confidentialité de ce qui se vit au sein de la structure, tout en assurant les échanges nécessaires avec l'extérieur, qu'il s'agisse des familles des patients ou des autres institutions. L'institution, par les mêmes propriétés qu'un médium malléable (Winnicott), doit également pouvoir accueillir et contenir les souffrances des patients, sans se détruire.

Par l'intermédiaire de la flexibilité du CSAPA, les usagers bénéficient d'un cadre sécurisant, qui constitue un point de repère stable. L'équipe accueille des individus à la recherche de limites contenantes, et leur propose une enveloppe sur laquelle s'appuyer.

## III. Moyens mis en place pour créer ce cadre

### 1. Notre cadre

#### *1.1. Informations préalables*

Nous avons naturellement essayé de mettre en place des stratégies et dispositifs qui nous permettraient de proposer un meilleur cadre, tant au niveau du respect de l'espace et du temps institutionnels, que de l'espace de la séance de psychomotricité en elle-même. Nous nous sommes d'abord dit qu'il était important, afin de poser les bases, de renseigner l'ensemble des professionnels du CSAPA sur qui nous étions, ce que nous faisions au sein de ce CSAPA, ce qu'était la psychomotricité et quel était son intérêt auprès des populations addictes. Pour se faire, nous avons envoyé un courriel complet à toute l'équipe du CSAPA ainsi qu'au directeur adjoint. (cf. annexe I). De plus, nous avons pris l'initiative de faire des affiches (cf. annexe III) que nous avons épinglées à l'accueil, au premier et au deuxième étage, reprenant brièvement les informations importantes de notre projet, afin que professionnels et usagers puissent s'y référer à tout moment.

### *1.2. Organisation de l'espace-temps*

Nous avons tenté de reproduire les modalités du cadre sécure étudiées précédemment. Les lieux que nous occupons pendant nos séances ne sont pas des salles organisées pour la pratique de la psychomotricité. Nous utilisons un bureau, pensé pour des consultations médicales, et une salle de repos ouverte. Nous avons donc réfléchi à une manière d'investir ces espaces, afin qu'ils soient les plus contenants et sécurisants possible. Nous souhaitions également qu'ils soient associés à la psychomotricité. En effet, les fonctions de ces salles étant différentes, nous pensions qu'il était nécessaire d'y ajouter notre sensibilité, pour permettre aux usagers de différencier les espaces.

Dans l'espace du bureau médical, nous avons commencé par déplacer le bureau, de manière à créer le plus d'espace possible dans cette petite salle. Il ne restait au centre que trois chaises en cercle, laissant à l'usager la possibilité de choisir celle qu'il préfère. Notre volonté était de réduire ainsi la dualité soignant-soigné, dont la relation est de surcroît mise à distance par le bureau massif. Pour marquer le début et la fin de la séance, nous avons mis en place un écriteau sur la porte, où nous avions écrit "séance de psychomotricité en cours". Il indique ainsi aux autres professionnels et usagers de ne pas entrer, afin d'éviter de rompre le sentiment de sécurité. Il vient aussi instaurer un rituel : nous prévenons l'usager qu'il s'agit d'un espace-temps dédié à la psychomotricité, puis nous marquons la fin de la séance en le retirant et en le verbalisant. Au sein de la salle de repos, nous nous saisissons de la mobilité des transats pour que l'usager délimite l'espace de sa propre séance de psychomotricité. S'il n'a pas d'avis sur la disposition, nous essayons de positionner les transats de sorte à créer un espace plus contenant.

Le choix de la salle pour une prise en charge se fait en concertation avec l'usager, en fonction de ses besoins, de sa personnalité, des problématiques à travailler, des médiations utilisées ainsi que de ses affinités avec l'espace. La salle de repos étant ouverte et sans fenêtre, cela pouvait constituer un frein à son utilisation pour certains usagers.

En plus du choix de la salle, se pose la question de l'horaire du rendez-vous. Face aux retards et aux absences, nous avons réfléchi à la flexibilité de notre cadre thérapeutique.

Lorsqu'un usager ne se présente pas à un entretien ou une séance, nous lui gardons son créneau pour la semaine suivante. S'il arrive en retard, nous adaptons la séance au temps qu'il reste, selon notre disponibilité. Nous nous sommes aussi demandés s'il n'était pas préférable de réduire le cadre temporel au "jeudi", matin ou après-midi, pour certains usagers pour qui les horaires précis et fixes n'étaient pas assimilables.

Nous avons utilisé le cadre institutionnel pour mieux indiquer notre présence, notamment en complétant le planning à l'accueil, et aussi pour encadrer plus facilement certaines séances. Par exemple, pour limiter le débordement temporel de Freddy, nous avons placé la séance avant la fermeture du CSAPA du midi.

Nous avons également pu penser à d'autres moyens pour donner des repères spatio-temporels aux usagers. Nous souhaitions notamment installer un espace "snoezelen" dans la salle de repos. Nous aurions instauré cette "permanence sensorielle", dans l'objectif d'éveiller la sensorialité des usagers, dans une ambiance sécurisante permettant ainsi l'exploration sensorielle et la réduction des tensions. L'espace aurait été composé de plusieurs éléments, tels que des poufs, coussins, colonnes à bulles, lumières tamisées, diffuseur d'huiles essentielles, etc. Cela offre une contenance sensorielle par les différentes stimulations douces. Cependant, en raison de difficultés techniques et des gestes de distanciation en vigueur, dus à la pandémie, notre projet n'a pu se réaliser.

### *1.3. L'amorce par un premier entretien*

Nous avons fait le choix de mettre en place un entretien pour commencer les prises en soin. Ce dernier permet de recueillir les éléments anamnestiques de la personne et de connaître les caractéristiques du sujet, comme son âge, ses conditions de vie, ou ses possibles troubles neurologiques ou psychiatriques. L'engagement du thérapeute nécessite « *un positionnement clair sur : la place que l'on prend dans l'entretien ; l'orientation du travail que l'on propose ; le rôle de l'entretien* » (Potel, 2019, p. 436). Ce premier entretien précise le motif et l'origine de la demande de consultation. Il est aussi le moment de la rencontre. Ces premiers instants sont les prémices de l'alliance thérapeutique, elle-même annonciatrice de la qualité de la relation thérapeutique. Ce contrat qui donne une « *idée d'engagement de part et d'autre est au cœur du processus qui va, dès la première rencontre, sceller un pacte : celui de concourir au "mieux-être", "au soin"* » (Potel, 2019, p. 438).

Nous relevons ainsi une importance de la première rencontre dans l'instauration de la relation thérapeutique. Cela nécessite des capacités d'accueil, d'écoute, de compréhension, de bienveillance et d'empathie. A ce moment, le soignant et le soigné vont pouvoir faire la connaissance l'un de l'autre, se faire une impression, une représentation de l'ambiance émotionnelle, aller à la rencontre du sujet. Il est parfois préférable de ne pas trop en savoir sur

le patient afin d'être plus sensible à ce qu'il laisse voir et ce qu'il dit. Cette rencontre va permettre une observation fine du corps, dans les attitudes, les postures, la communication, la manière d'être en relation. Il permet une première observation qualitative à l'aide de nos sens, mais aussi de l'écoute de notre corps. Nous axons une partie de l'entretien sur l'investissement corporel de l'usager, notamment en questionnant ses pratiques physiques. Nous terminons l'entretien, comme l'explique Steinhauser dans la démarche d'évaluation psychomotrice en addictologie, « *par l'élaboration d'un projet thérapeutique coconstruit en fonction de la motivation et des attentes du patient* » (2018, p. 276).

## 2. Médiations

Tout au long du stage expérimental, nous avons utilisé plusieurs médiations, dans la volonté de s'adapter au mieux à chaque usager. Nous développons ici deux d'entre elles, qui ont joué, selon nous, un rôle important dans l'établissement de notre cadre, comprenant l'installation d'une relation de confiance et l'apport d'une contenance. En ce sens, Potel (2019) dit que dans les thérapies psychocorporelles, « *la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation* » (p. 353).

### *2.1. L'atelier "Jeux de société"*

En début de stage, lorsque nous n'avions pas encore de prise en charge l'après-midi, nous avons proposé des ateliers de jeux de société. L'idée première de cet atelier était de pouvoir mettre en place un lien de relation, de confiance, premièrement avec les usagers présents, mais également avec l'équipe de l'accueil. Nous sortons des jeux et lançons des parties avec les usagers qui attendent ou sortent d'un rendez-vous, et un éducateur. Le cadre est plus informel, avec une participation libre. Cet atelier offre une autre vision de nous, dans une attitude qui semble peut-être moins sérieuse, réduisant ainsi la distance entre le soignant et le soigné, dans l'instauration d'une relation de confiance. Ce temps de jeu a pu également instaurer un premier lien pérenne, avec certains usagers qui "réclamaient" ensuite l'activité en nous voyant. De cette relation ont pu découler quelques échanges informels sur ce qu'est la psychomotricité et ce que nous faisions au CSAPA, et ainsi favoriser le début de certaines prises en soin individuelles.

La dimension ludique favorise la spontanéité, qu'elle soit individuelle ou dans la relation. Les jeux de société font (re)découvrir le jeu, qui a un effet narcissisant, renvoyant au "Je". Il lie individualisation et travail d'équipe, et constitue un levier thérapeutique. Les jeux

de société permettent un travail sur les items psychomoteurs, notamment les coordinations fines, la discrimination entre le fond et la forme, ainsi que la régulation tonique. L'activité cognitive met également au travail les fonctions exécutives, dans la compréhension des consignes. Enfin, ils peuvent constituer un support au développement de l'imaginaire.

### *2.2. La relaxation thérapeutique*

L'anxiété est un des éléments qui revenaient le plus souvent sur ce que les usagers souhaitaient éventuellement travailler en psychomotricité. Elle peut constituer le premier symptôme d'entrée à la prise en soin, mais nous nous apercevons d'autres problématiques par la suite. En effet, elle renvoie souvent à « *une angoisse tapie dans tous les replis du corps* », qui semble « *impossible à penser et à élaborer* » (Potel, 2019, p. 55). Nous pouvons nous questionner sur le lien entre l'anxiété et la consommation. Cette dernière peut venir soulager des moments d'angoisse. Mais les effets des substances, et surtout le manque qu'elles entraînent, peuvent rajouter un sentiment d'anxiété, constituant ainsi un cercle vicieux. A contrario peut-être que la détente amenée par la relaxation peut réduire la consommation et prodiguer un cercle vertueux.

Les usagers associent le travail sur leur anxiété à la médiation de relaxation, que nous présentons comme l'un de nos outils. Caut (2000) définit trois objectifs dans la prise en soins psychomotrice en relaxation, en psychiatrie adulte, dont le premier est : « *aborder le sujet par le biais du corporel, une médiation par laquelle il lui sera plus facile d'investir un cadre thérapeutique et de parvenir à s'exprimer.* » La relaxation peut ainsi être intéressante pour aborder les problématiques de l'usager en addictologie, notamment dans un repère au niveau du cadre.

Potel (2019) décrit cinq temps dans une séance de relaxation : l'installation, les inductions verbales et corporelles, le temps du silence, la reprise et la verbalisation. Les usagers peuvent avoir tendance à s'installer très vite, dans une recherche d'immédiateté et de mise à distance des sensations. Les temps de silence peuvent être difficilement vécus, comme s'il était trop difficile de rester seul face à ce vide. La reprise peut être soudaine, avec un sentiment d'urgence de reprendre possession de ses moyens, de retrouver sa posture et l'espace extérieur. Après ce temps d'exploration, la verbalisation est importante, pour venir élaborer le vécu. La relaxation dynamique offre du mouvement pouvant être le support du discours, parfois plaqué chez les usagers. Elle vient comme un moyen d'être à l'écoute de soi et de pouvoir s'exprimer

dessus. Il convient d'étayer progressivement le vécu, pour une élaboration plus riche. Dans ce sens, Treussard (1997) explique que « *des ressources psychiques et corporelles du psychomotricien, de l'importance qu'il donne aux éprouvés du corps, vont dépendre l'émergence des éprouvés du patient et leurs transformations en représentations symboliques*. »

La restauration narcissique est un axe majeur, pour contenir une représentation du corps en proie à de nombreuses angoisses. La technique se place comme revalorisant, et vise l'accession à une représentation de soi unifiée. Le travail passe par la boucle « *sensations, perceptions et représentations* », éléments travaillés en interaction. Se focaliser sur un peut permettre au patient de pouvoir recréer des liens qui se faisaient difficilement. Les mouvements explorent les zones corporelles et la fonction tonique. Outre une proposition d'abaissement du tonus, de détente musculaire, la relaxation apporte une recherche d'apaisement des mouvements. Le tonus, support des émotions, en s'abaissant d'abord par cette position allongée, peut modifier complètement l'état psychocorporel de l'usager. Les inductions verbales tentent de donner sens à ces variations. Le psychomotricien accompagne le temps de relaxation par sa voix, amenant une enveloppe sonore. Cela renvoie au concept de « *l'enveloppe sonore du Soi* » (Anzieu, 1985). Il y a également des enjeux autour de la perception des limites. L'abaissement tonique peut venir perturber l'enveloppe musculaire nécessaire à l'équilibre psychocorporel des personnes addictes. Pour contenir ce phénomène, il est nécessaire d'apporter un étayage verbal suffisant.

La relaxation est proposée comme une expérience de construction, afin de se réapproprier la connaissance de son corps, structurellement et affectivement. Cela passe par la construction d'une enveloppe à travers les limites du corps. Nous travaillons sur la stabilité des appuis et sur l'unité corporelle, à l'aide d'une voix enveloppante qui nomme et touche symboliquement. Nous recréons ainsi la sensation d'une base de sécurité, où l'individu est porté par le thérapeute. La relaxation est également un dispositif thérapeutique engageant le corps et la parole, accompagnant le patient dans la symbolisation de ses ressentis et éprouvés en émotions, à travers la relation avec le thérapeute, qui place la personne dans un environnement sécurisant, où elle peut se sentir libre d'ajustements.

# Conclusion

Ce stage expérimental en CSAPA nous a permis d'étudier les problématiques psychomotrices rencontrées en addictologie, dans un contexte de précarité. Il nous a également donné la possibilité de réfléchir et d'expérimenter la place de la psychomotricité dans la prise en charge des usagers du centre.

A partir de nos observations cliniques tirées de nos rencontres avec les usagers, des réflexions et questionnements ont émergé sur les particularités du cadre. Nous avons pris davantage conscience de l'importance de l'adaptation dans la pratique du psychomotricien. Selon nous, et d'après nos observations, la psychomotricité, inscrite dans un travail interdisciplinaire, permet d'apporter une fonction contenante, importante dans le soin des enveloppes psychocorporelles défaillantes. En effet, « *la psychomotricité peut permettre de réveiller la mémoire du corps, laisser émerger l'archaïque, revisiter une histoire psychocorporelle : enveloppe corporelle et enveloppe psychique se remettent alors au travail dans une recherche de sécurité interne dont nous devenons les témoins accompagnants* » (« Journée d'étude de l'ARRCP du samedi 10 décembre 2011 : "Addiction et psychomotricité" », 2012).

Ce mémoire représente l'aboutissement de trois années de formation enrichissantes qui nous ont énormément apporté et nous ont permis de nous constituer notre identité professionnelle. Dans la globalité de nos stages, et plus particulièrement dans le stage expérimental, les situations cliniques nous ont poussé à nous interroger sur l'ensemble de ce que constitue la pratique de la psychomotricité. Ce dernier stage nous a particulièrement permis de réfléchir aux modalités d'instauration du cadre. Cette réflexion reste peu abordée pendant nos études, alors qu'elle se relève primordiale dans la prise en soin des patients. D'autant plus, nous avons pu voir l'importance de ce cadre pour des individus avec des limites mal établies, comme souvent dans la clinique de l'addiction et de la précarité.

C'est avec l'écriture de ce mémoire, et non sans une certaine nostalgie, que nous mettons un point final à trois années de formation. Cette étape ne constitue en aucun cas la fin de nos réflexions, car au contraire, elle nous laisse de nombreux questionnements qui vont se multiplier et forger notre parcours de psychomotriciens.

# Références bibliographiques

## Ouvrages et articles :

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

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

Bioy A., Bénony H., Chahraoui K., & Bachelart M. (2012) Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution psychiatrique, 77* (3), pp. 342-351.

Caut, I. (2000). Indication, Demande et Projet. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, *121*, pp. 36-42.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahier de psychologie clinique, 2* (17), pp. 81-102.

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

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.

Dodin, V. (2012). Le corps, la jouissance et le refus du désir : réflexions à propos de l'économie psychique des personnalités addictives. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *171*, pp. 90-96.

Dupin, D., Lefebvre, A., Miguet, E., Mulhauser, H., Ramo, M., & Steinhauser, A. (2018). Addictions et alcoolo-dépendance. Dans Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. *Manuel d'enseignement en psychomotricité Tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices.* (pp. 619-629). De Boeck Supérieur.

Exposito, C. (2012). Psychomotricité et alcoolodépendance : un espace pour sortir de l'agir répétitif. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *171*, pp. 56-65.

Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Masson.

Garnier, H. (2019). Précarités, dépendances : entre exil des siens et exil de soi. *Psychotropes, 25* (1), pp. 55-74.

Giromini, F. (2019). Spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 15-26). Dunod.

Hachet, P. (2005). La toxicomanie : du corps troué aux intrusions psychiques. *Imaginaire et Inconscient, 16* (2), pp. 67-75.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In press.

Lambrette, G. (2014). La question du genre et des addictions. *VST - Vie Sociale et Traitements : Le social en Europe, 122* (2), pp. 79-84.

Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. *Enfance et Psy, 32* (3), pp. 45-57.

Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie. *Le sociographe, 39* (3), pp. 55-64.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse, 68* (2), pp. 511-527.

Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy, 44* (4), pp. 303-310.

Mellier, D. (2007). La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance. Dans Aubert, A.E. *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 85-106). ERES.

Monjauze, M. (2001). Psychanalyse de l'« objet ». « Objet-drogue », « objet-alcool ». *Le Carnet Psy, 61* (1), pp. 17-22.

Monjauze, M. (2008). *La problématique alcoolique*. In Press.

Monraisin, F. (2012). La toxicomanie : une transmission de soi à soi. *Champ Psy, 62* (2), pp. 165-177.

Morel, A., Couteron, J. & Fouilland, P. (2015). *Addictologie : En 49 notions*. Dunod.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., & Bretagne, P. (2017). *Psychopathologie des addictions* (2e éd.). Presses universitaires de France.

Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.

Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. ERES.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. ERES.

Reynaud, M.-A. (2019). Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict. *Psychotropes*, *25* (2-3), pp. 113-127.

Ramo, M. (2015). De la dépendance à l'autonomisation chez le sujet alcoolo dépendant : Vers une reconstruction de soi par la psychomotricité. Dans Pireyre, E. *Cas pratiques en psychomotricité*. (pp. 154-166). Dunod.

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Steinhauser, S. (2018). Adaptation de l'évaluation psychomotrice à des populations spécifiques : Evaluation psychomotrice en addictologie. Dans Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. *Manuel d'enseignement en psychomotricité Tome 5 : Examen psychomoteur et tests.* (pp. 275-276). De Boeck Supérieur.

Treussard, F. (1997). La parole empêchée ?. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, *111*, pp. 16-21.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Folio essais.

Zaouche Gaudron, C., & Sanchou P. (2005). Introduction. *EMPAN*, *60* (4), pp. 10-13.

**Sites internet :**

CAMH. (s. d.). Consulté le 4 avril sur https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance

CNRTL. (s. d.). Consulté le 2 mai 2021 sur https://www.cnrtl.fr/definition/Cadre?tlf.color0=Aucun&tlf.color1=Aucun&tlf.color2=Aucun&tlf.color3=Auteur+d%27exemple&tlf.color4=Aucun&tlf.color5=Aucun

Groupe SOS. (s. d.). Consulté le 6 avril 2021 sur https://www.groupe-sos.org/structure/csapa-sos-75-site-110-les-halles/

Larousse. (s. d.). Limite. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 3 mai 2021 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/limite/47184#definition

Larousse. (s. d.). Précarité. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 15 avril 2021 sur https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/précarité/63303

Le Robert. (s. d.). Incarner. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 4 mai 2021 sur https://dictionnaire.lerobert.com/definition/incarner

OFDT. (s. d.). Consulté le 9 avril 2021 sur https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/

Persée. (s. d.). Consulté le 22 avril 2021 sur https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1985_num_38_2_2887

# Annexes

## Annexe I : Le mail que nous avons envoyé à l'ensemble des professionnels du CSAPA

*"Bonjour à tous,*

*Dans le cadre de notre stage expérimental, nous aimerions vous partager ces informations, afin que vous puissiez vous faire une idée plus claire d'en quoi consiste la psychomotricité en addictologie, et de nos rôles au sein de l'équipe.*

*Tout d'abord, qui sommes-nous ?*

*Nous sommes Kévin, 21 ans et Julia, 27 ans, tous deux étudiants en dernière année d'école de Psychomotricité à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Nous mettons en place un projet de psychomotricité au sein du CSAPA, encadrés par Esther. Une de nos professeurs nous suit à l'extérieur. Nous sommes là de janvier à juin, tous les jeudis. Nous avons pour projet de :*

- *Comprendre par l'observation le fonctionnement de la structure et de s'y intégrer ;*
- *Entrer dans un processus de professionnalisation en respectant les règles éthiques et déontologiques de la structure et de l'IFP ;*
- *Participer dans la mesure du possible aux réunions de synthèse, et aux autres réunions nécessaires ;*
- *Réfléchir et expérimenter la place de la psychomotricité (prévention, éducation, soin) auprès de la population accueillie, au sein de la structure.*

*De plus, nous allons écrire notre mémoire de fin d'étude autour de l'addictologie, en partant de nos observations cliniques au cours de ce stage. Il nous tient alors beaucoup à cœur.*

*Qu'est-ce que la psychomotricité ?*

*Il s'agit d'une thérapie à médiation corporelle. Elle met en avant l'imbrication entre le corps, les émotions et la pensée. En psychomotricité, on s'appuie sur le corps et ses mouvements, pour développer la conscience de soi et de ses émotions. Elle permet à la personne de s'adapter à elle-même, de s'approprier son propre corps, à travers diverses médiations. L'objectif est de permettre à la personne de retrouver un équilibre psychocorporel.*

*Quels apports en addictologie ?*

*Dans le domaine de l'addiction, le corps, les émotions et la psyché sont tous trois mis à mal. Quel que soit le produit consommé, on pourra retrouver :*

- *Une mauvaise intégration du schéma corporel ;*

- *Une détérioration du corps par les atteintes organiques liées aux modes de consommations (capital veineux, atteinte de la sphère ORL…) ou à un mode de vie précaire (violences, expositions au froid, insalubrité…) ;*
- *Une anesthésie corporelle ou hypersensibilité à la douleur en fonction du produit consommé ;*
- *Un corps "objet" comme seule porte d'entrée au produit, non habité psychiquement.*

*Chez les consommateurs d'alcool, produit transversal dans les addictions des usagers de ce centre, on peut particulièrement observer :*

- *Des troubles de l'équilibre ;*
- *Des perturbations du tonus ;*
- *Des troubles de la coordination ;*
- *Des troubles de l'image du corps.*

*Chacun des items psychomoteurs cités ci-dessus peut faire l'objet d'une indication en psychomotricité, mais nous avons dégagé trois objectifs principaux qui peuvent aiguiller vos indications :*

- *Faire vivre de nouvelles sensations corporelles en dehors de la prise de produit ;*
- *Retrouver un corps en relation ;*
- *Remettre le corps en mouvement, dans un plaisir de bouger et d'être à l'écoute des sensations.*

*<u>Notre projet au CSAPA :</u>*

*Nous commençons à prendre le rythme d'une certaine organisation :*

- *Séances individuelles : prendre un temps personnel avec l'usager pour comprendre sa problématique et la prendre en soin (bureau du 1er le matin, salle de repos en bas l'aprèm) ;*
- *Médiations : relaxation, expressivité, conscience corporelle, yoga, toucher thérapeutique…*
- *Discussions avec les usagers sur l'accueil du matin : faire connaissance et apporter une écoute active ;*
- *Jeux de société : favoriser l'interaction et travailler les facultés cognitives, la motricité fine…*
- *Permanence sensorielle : proposer des sollicitations multisensorielles.*

*→ Vous pouvez nous solliciter pour en savoir davantage ! Vous pouvez en parler aux usagers si vous estimez que ça peut leur être bénéfique !*

*Si vous voulez nous adresser un usager un jour où nous ne sommes pas là, vous pouvez lui dire de venir nous rencontrer le jeudi entre 10h et 10h30 et entre 12h et 12h30. Nous accordons ce temps de disponibilité.*

*Merci à tous et à très vite, Kévin et Julia"*

**Annexe II : Le questionnaire de O. Moyano**

a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

d) On peut faire quoi avec son corps ?

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)

g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?

h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

i) Où est la pensée à ton avis ? (Si "dans le corps", Où exactement ?)

**Annexe III : L'affiche que nous avons exposée au CSAPA**

# Psychomotricité au CSAPA

## QUI ?

Kevin & Julia

2 futurs psychomotriciens

## Quand ?

Jeudi

Tous les Jeudis jusqu'a fin juin.

## Ou ?

Matin :

- bureau médical au 1er

Après midi :

- salle de repos
- et à l'accueil

## Pour Qui ?

Pour celles et ceux qui ont besoin de travailler corporellement une problématique : équilibre, sensorialité, estime de soi, angoisse...

## Quoi ?

La psychomotricité est une discipline du paramédical qui a pour but de se réapproprier son corps à travers plusieurs médiations : Yoga, relaxation...

## Comment ?

Venez nous rencontrer directement quand nous sommes à l'accueil, ou parlez-en aux autres professionnels

Nous sommes là pour vous soutenir !

## Résumé

Les addictions entraînent de nombreuses conséquences psychocorporelles. Il s'agit d'une pathologie dans laquelle les atteintes du corps sont multiples, dans ses dimensions organiques et psychiques. Dans le cadre de notre stage expérimental en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, la précarité constitue une deuxième désorganisation du sujet, dont les mécanismes viennent s'intriquer à ceux de l'addiction. Dans ces problématiques, le cadre de soin est souvent mis à mal, et nous essayons dans ce mémoire de le mettre en lien avec l'hypothèse d'une défaillance des enveloppes. Afin de contenir ces difficultés, nous avons mis des moyens en place permettant d'instaurer un cadre sécure. Pour ce faire nous nous sommes d'abord demandé : quelle est l'importance du cadre thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice des problématiques des limites ? Voici ce que ce mémoire tente de mettre en exergue au travers de trois situations cliniques.



*Mots-clés* : Addiction - Précarité - Cadre - Enveloppe – Contenance



## Abstract

Addictions have many psycho-bodily consequences. They are considered as a pathology in which the body is affected in many ways, both organically and psychologically. In the context of our pilot internship in a Centre of Care, Support and Prevention of Addiction, precariousness constitutes a second disorganisation of the subject, whose mechanisms are intertwined with those of addiction. Within these problematics, the care framework is often undermined, and in this dissertation we try to link it to the hypothesis of a lack of psycho-bodily envelopes. In order to contain these difficulties, we have put in place means to establish a secure framework and to do so, we asked ourselves : what is the importance of a therapeutic framework in the psychomotor management of borderline problematics ? This is what this thesis attempts to highlight through three clinical situations.



*Key words* : Addiction - Precariousness - Therapeutic framework – Psycho-bodily envelopes - Containing