

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

Thérapie psychomotrice en clinique d'addictologie : un corps vécu
dans l'extrême

*« J'aimerais me libérer de mes addictions qui dirigent ma vie et me
donnent l'impression de subir mon corps »*

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Marie HEINRICH

Juin 2021 (Session 1)

N° 1630

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

Thérapie psychomotrice en clinique d'addictologie : un corps vécu
dans l'extrême

*« J'aimerais me libérer de mes addictions qui dirigent ma vie et me
donnent l'impression de subir mon corps »*

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Par : Marie HEINRICH

Juin 2021 (Session 1)

N° 1630

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOU

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mes maîtres de stage de ces trois années de formation : Maëlle, Lucie, Nathalie, Marème, Noémie et Cécile pour leur accueil, le partage de leur positionnement et de leur regard, aussi multiples que la psychomotricité est belle. Vous avez su me guider dans mes recherches, dans mes réflexions et à prendre confiance en mes capacités en me considérant comme une future collègue.

Je remercie également l'ensemble des enseignants de l'IFP de Lyon pour m'avoir transmis leurs expériences et leurs connaissances de ce si beau métier qu'est psychomotricien.

Je remercie ma maître de mémoire Cécile, pour son accompagnement et son œil aiguisé au cours de cette rédaction de mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble de ma promotion sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi belles. Enfin, Marie, Claire, Ambre, Emma, Charlène, Marie et Elsa, merci d'avoir été des amies si précieuses lors de ces trois années et pour de nombreuses années à venir encore.

Merci à toutes les personnes qui m'ont suivie lors de ces trois années de formation, et notamment ma famille, mes parents et mon frère.

Je remercie enfin tous les patients rencontrés au cours de mes stages, de m'avoir fait confiance, et sans qui ce mémoire et ma réflexion n'auraient pu advenir.

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1. La naissance des appuis pour construire un corps solide.....	3
1.1 La charpente osseuse	3
1.2 La construction de l'axe et des appuis posturaux.....	5
1.2.1 La genèse de l'axialité	5
1.2.2 Les appuis posturaux dans le développement psychomoteur	7
1.3 Les appuis relationnels	8
1.3.1 La sécurité de base	8
1.3.2 La contenance psychique	9
2. L'addiction.....	11
2.1 Définition et critères de diagnostics de l'addiction	11
2.1.1 De l'usage récréatif à la dépendance, une frontière fragile	13
2.2 Les principaux mécanismes neurobiologiques impliqués dans l'addiction...	14
2.3 Le corps dans l'addiction	16
2.3.1 Procédé autocalmant.....	16
2.3.2 En quête de sensations	17
2.4 Un profil psychomoteur impacté.....	18
2.4.1 Le tonus.....	18
2.4.2 La sensorialité	20
2.4.3 Un schéma corporel désorganisé	22
PARTIE CLINIQUE	25
1. Présentation de la structure.....	25
1.1 Fonctionnement de l'établissement.....	25
1.2 La place de la psychomotricité.....	26

1.3	Ma place de stagiaire.....	26
2.	Portrait de Mme C.	27
2.1	Anamnèse	27
2.2	Bilan psychomoteur	28
2.3	Ma première rencontre	30
3.	Découvrir son corps	31
3.1	Rencontrer son corps et ses sensations	31
3.2	La respiration pour sentir et percevoir.....	32
4.	S'approprier un corps solide.....	33
4.1	Le poids et les appuis	33
4.2	Les diverses étapes jusqu'à la verticalisation.....	35
4.3	S'appuyer sur l'autre.....	36
5.	Structuration psychocorporelle à travers le mouvement	38
5.1	Le mouvement dansé	38
5.2	Aïkido	39
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....		43
1.	Faire l'expérience d'un corps solide	43
1.1	Douleur'encorps	43
1.2	L'intégration du schéma corporel	45
1.3	Des appuis solides.....	48
2.	Un corps incarné.....	50
2.1	La respiration un rythme sur lequel s'appuyer.....	51
2.2	La régulation tonique	53
2.3	L'axe vers une conscience de l'espace du corps	54
3.	Le corps en relation.....	55
3.1	Un espace partagé	55
3.2	Une identité nouvelle à travers l'expressivité	58
3.3	L'engagement du psychomotricien	60

CONCLUSION.....	64
-----------------	----

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Les addictions, dans le milieu de la psychiatrie fascinent, interpellent, questionnent et effraient. À l'arrivée dans cette clinique de psychiatrie générale et d'addictologie, en tant que stagiaire psychomotricienne de troisième année, je rencontre des patients qui pourraient faire partie de mon entourage, de mes amis, de ma famille. En effet, nous avons tous déjà été en présence, plus ou moins directe, avec des individus adoptant des comportements addictifs. La lisière entre l'usage récréatif et la dépendance s'atténue depuis quelques années. Pour cause, ces substances sont de plus en plus accessibles, les médias communiquent grandement sur ce plein essor de l'addiction.

Je savais que les maladies mentales touchent également le corps mais je ne m'imaginai pas à quel point le corps était poussé dans ses limites, voire jusqu'à l'extrême, en addictologie. Ma position d'observatrice dans un premier temps m'a permis de comprendre la prise en charge médicale et paramédicale en addictologie. Rapidement j'observe chez ces mêmes patients souffrant de trouble de l'usage, une alternance entre un corps abandonné, coupé de ses sensations corporelles et émotionnelles, et un corps surinvesti ressentant les sensations et émotions comme démultipliées. Fréquemment, ces patients dépendants s'appliquent à mettre le plus de distance possible avec leur corps qui devient étranger. De plus, le corps des sujets que je rencontre témoigne d'une grande souffrance et bien souvent d'une histoire traumatique. Les addictions touchent la personne dans sa globalité au niveau somatique, psychique, affectif et social. La pratique psychomotrice possède alors un rôle majeur au sein des structures de soins en addictologie car la problématique addictive concerne aussi bien le corps que le psychisme.

Lors de mon stage, j'ai pu rencontrer des patients aux problématiques très variées et aux parcours de vie divers. C'est à partir de ces profils riches et variés que je me suis interrogée sur : Comment la psychomotricité peut-elle permettre de reprendre appui sur un corps tantôt surinvesti, tantôt anesthésié par la problématique addictive ?

Pour témoigner de mon cheminement dans ma réflexion, je développerai dans un premier temps une partie théorique en deux points. Je présenterai tout d'abord les notions théoriques psychomotrices qui m'ont permis d'éclairer les éléments psychocorporels mis à mal par la problématique addictive au sein de cette clinique. Puis, j'évoquerai les concepts

théoriques de l'addiction, afin de concevoir l'enjeu thérapeutique de cette pathologie et sa prise en charge.

Dans un second temps, j'illustrerai mon propos avec la description de mon lieu de stage et une présentation clinique de Madame C. par le biais de notre rencontre en psychomotricité. Par la suite, j'aborderai son suivi psychomoteur en pointant certains éléments clés notamment le surinvestissement corporel auquel Mme C. se confronte en séance. Cela débouchera sur une réflexion autour de la consolidation des appuis physiques et psychiques permettant une inscription stable et ajustée en tant que sujet dans l'environnement.

Enfin, j'apporterai des liens théorico-cliniques qui m'ont permis de comprendre et de penser ce qui se jouait dans le suivi en psychomotricité pour Mme C. Je tenterai d'apporter quelques pistes de réflexion en commençant par la mise en place d'un corps solide, puis celle d'un corps incarné et enfin d'un corps en relation.

J'approfondirai ma pensée sur la réappropriation du corps, dans une dynamique de plaisir, ceci grâce aux spécificités de la thérapie psychomotrice.

Pour finir, j'aborderai le travail relationnel et corporel que nous avons réalisé en psychomotricité conduisant Mme C. à se relier à soi et à son corps mais également à l'autre à travers l'expérience psychomotrice d'un corps relationnel.

PARTIE THÉORIQUE

Dans cette partie théorique, je tenterai de développer comment l'enfant à partir de son organisation corporelle et dans sa rencontre avec l'autre pourra prendre conscience de son corps. En effet, dans les premiers instants de sa vie, les limites corporelles du bébé ne sont pas établies et peuvent correspondre alors aux limites de l'environnement sur lequel il s'appuie. Nous allons voir dans cette partie comment se construisent les premiers appuis physiques et psychiques dans le développement de l'enfant.

Puis, j'étudierai les addictions, leur impact sur le système neurologique et les phénomènes corporels et psychiques impliqués par cette pathologie. Je finirai par évoquer les conséquences de l'addiction sur l'organisation psychomotrice des sujets addicts.

1. La naissance des appuis pour construire un corps solide

D'après le dictionnaire Larousse, (1980, p. 54), un appui est « un soutien, support » mais c'est également une « aide, une protection ». Ainsi, les appuis ont une fonction de maintien, de stabilité, mais impliquent également une dimension relationnelle, car pour s'appuyer il faut un support qui peut être matériel mais également un support humain sur lequel se reposer.

Nous allons, dans cette partie, aborder les fonctions et les caractéristiques de la charpente osseuse. Nous verrons également que c'est à partir du développement moteur et des interactions avec son environnement que l'enfant peut intégrer son axe corporel et peut construire des appuis solides.

1.1 La charpente osseuse

Le squelette est une des structures fondamentales du corps humain. Du fait de sa solidité et son organisation particulière, il assure des fonctions de protection, de stockage des substances minérales, d'organisation de la mobilité corporelle et de structure interne du corps. Ainsi le squelette représente une réelle armature interne. Pour présenter le squelette, sa composition et ses caractéristiques, je vais me référer à l'ouvrage « Anatomie du corps humain le squelette » (2018), du docteur Abrahams.

Le squelette est composé en moyenne de 206 os à l'âge adulte. Ces os sont composés de substances organiques, inorganiques et d'une petite quantité d'eau, ce qui assure à la fois leur solidité et leur élasticité. Les os sont donc composés d'une multitude

de cellules, il s'agit d'une matière vivante en perpétuel remaniement, ce qui leur permet de se modifier et de se réparer en permanence.

Les os sont des éléments solides, durs et palpables au toucher. Cette solidité est assurée par le calcium et le phosphore. L'élasticité de l'os est quant à elle assurée par une protéine, l'osséine. Cette élasticité permet aux os de s'adapter en permanence aux contraintes exercées sur eux. Solidité et élasticité permettent ensemble la protection des organes entourés par les os (poumons, cerveaux...).

La configuration du squelette organise la forme du corps autour d'un axe vertical (la colonne vertébrale), qui relie la tête, la cage thoracique et le bassin, qui sont les trois volumes du corps, constitués par la forme et la configuration des os entre eux. Les quatre membres, formés d'os longs, sont reliés au corps par les ceintures pelvienne et scapulaire. Le squelette constitue donc la structure interne et l'armature du corps ainsi qu'un lieu d'attache des tissus musculaires. Il permet le maintien de sa forme et le soutien postural, avec le tonus.

La mobilité des os entre eux, et donc des parties du corps, est permise par les articulations, dont la forme définit les degrés de mouvement et ainsi l'organisation spatiale du corps. Les os sont maintenus entre eux, par les ligaments, les tendons et les muscles. Cet ensemble forme l'appareil locomoteur et assure la mobilité du corps.

Ces différentes qualités et fonctions du squelette assurent un appui interne stable et sûr, à l'inverse des muscles, lieu de variations toniques en lien avec les émotions.

L'appropriation du corps du sujet se réalise notamment par l'intégration de son squelette. Par intégration, j'entends sentir son squelette osseux comme appartenant à son corps et permettant de se représenter dans l'espace, de se repérer et de s'orienter. L'intégration psychique du squelette, c'est à dire le fait, pour le sujet, d'en percevoir les différentes qualités et de les faire siennes, apparaît donc fondamentale pour la construction de son identité et de son sentiment de sécurité interne.

Le médecin Lesage et la psychologue Alexander dans « Jalons pour une pratique psychocorporelle » (2012) s'accordent sur l'importance d'expérimenter et d'éprouver cette charpente osseuse afin de l'intégrer. Il existe différentes façons de faire. L'apport de vibrations sur les os, par exemple, permet d'éprouver la cohérence interne et étaye la sensation d'unité corporelle, car elles seront transmises par les os à l'ensemble du corps. À partir des caractéristiques des os, un travail autour des appuis peut être pensé.

Nous allons maintenant nous pencher sur l'importance de la construction de ces appuis dans les processus d'affirmation de soi et d'individuation. Pour cela nous allons nous intéresser à la genèse de l'axe corporel et à son rôle dans l'organisation des rapports du sujet à son environnement.

1.2 La construction de l'axe et des appuis posturaux

Lors de son développement psychomoteur, le bébé va explorer son corps et son espace grâce à différents appuis. La découverte de ses appuis va conduire l'enfant à la position verticale, nous allons donc aborder l'intégration de l'axe corporel qui est primordiale lors du développement psychomoteur de l'enfant.

1.2.1 La genèse de l'axialité

« L'anatomie définit l'axe du corps comme une ligne virtuelle anatomique passant par le sommet du crâne et le centre du périnée. Idéalement cette verticalité est garante d'un équilibre musculaire optimal. » (Lesage, 2012, p. 149).

Cette définition de l'axe est élaborée à partir de la position de référence en anatomie soit en position debout, les pieds joints, les bras le long du corps et les mains en supination, face à l'observateur.

Le corps du sujet présente une symétrie axiale qui distingue et relie à la fois les deux hémicorps droit et gauche. Mais l'axe du corps concerne également les relations avant-arrière et haut-bas. Cette construction nous amène donc, en parlant d'axe, à évoquer conjointement l'organisation de l'espace qui structure le corps.

L'intégration axiale permet à l'Homme de se situer dans l'environnement, et ainsi d'organiser ses mouvements de manière adaptée dans un cadre référencé. Les notions de droite/gauche, haut/bas et avant/arrière n'ont de sens que par rapport à la position de l'axe que l'on a, à un moment donné. Ainsi, c'est à partir de notre propre corps et l'intégration de l'axe que naît la capacité de s'orienter, de s'organiser, de se déplacer dans son environnement, et de concevoir les choses du monde. En effet, la psychomotricienne Robert Ouvray explique dans son ouvrage « Intégration motrice et développement psychique » que « pour s'orienter et se repérer dans l'espace et le temps par rapport aux objets et aux personnes, l'enfant dispose d'un axe vertébral, le rachis, qui se propose comme l'élément référent qui met de l'ordre dans le corps » (Robert-Ouvray, 1993/2007, p.49). Ainsi, nous pouvons comprendre que la colonne vertébrale constituera un axe de référence pour la structuration spatio-temporelle de l'enfant et à fortiori pour l'établissement de son schéma corporel en lien direct avec cette dernière.

À la naissance le bébé présente une motricité réflexe et involontaire. La maturation neurologique permet au bébé de passer d'une motricité réflexe à une motricité contrôlée. Cette maturation conditionne les niveaux d'évolution motrice (NEM). Dans son article « De l'accès à la verticalité chez l'enfant : la constitution de l'axe corporel » (2013), la psychomotricienne Mariot explique que les NEM représentent « les diverses positions qu'acquiert le bébé durant son développement et les actions motrices qu'il doit effectuer pour arriver à chacune d'entre elles en partant de la précédente. » Ainsi, les différents NEM illustrent des passages alternatifs entre des positions d'enroulement et d'extension, qui permettent au fil du développement de l'enfant d'aboutir à la position verticale.

Dès les premiers jours de vie, le bébé développe ses interactions majoritairement dans une position allongée sur le dos. Cette position horizontale permet au bébé, dès ses premières semaines de vie, de découvrir ses mains et de relever ses pieds. Vers l'âge de six mois, lorsque le bébé est en position décubitus dorsal, nous pouvons observer de nouvelles coordinations notamment entre le haut et le bas du corps. Cependant, les coordinations entre les deux hémicorps ne sont quant à elles pas encore efficaces. Pour relier l'hémicorps droit et l'hémicorps gauche, l'enfant va passer par la sphère orale, en amenant les différentes parties de son corps et les divers objets à sa bouche. Ce passage par la sphère buccale va permettre à l'enfant de construire ses deux hémicorps reliés de chaque côté de son axe corporel.

Le bébé peut alors relier les différents segments corporels par des mouvements d'enroulement/d'extension, de rotations et de transferts du poids du corps. Ces différentes découvertes motrices peuvent être illustrées par de nombreux NEM (la position du sphinx, le retournement du dos au ventre et inversement, les différentes positions assises...). Le déplacement à quatre pattes qui se fait généralement entre les 6 et 10 mois du bébé constitue une grande étape dans le développement des coordinations chez l'enfant. En effet, pour se mouvoir l'enfant doit alors déplacer de manière concomitante un de ses bras et la jambe qui lui est opposée. Cette opposition nécessite à la fois une coordination entre droite et gauche, entre le haut et le bas du corps et entre la ceinture scapulaire et pelvienne. Finalement, ce déplacement combine à la fois des mouvements du haut vers le bas et des mouvements d'un côté vers l'autre. Ainsi, l'enfant va acquérir des mouvements croisés et aura la possibilité de déplacer son corps dans les toutes les directions de l'espace de manière coordonnée et dissociée.

Puis, après le déplacement à quatre pattes le bébé va explorer différents schèmes moteurs et diverses positions. L'enfant va s'exercer avec ténacité et refaire le même enchaînement de nombreuses fois jusqu'à une maîtrise complète. Une fois intégré, il va

accéder à une nouvelle conquête pour finalement arriver au dernier NEM qui est la position du « chevalier servant ». L'enfant est alors positionné de manière à avoir un pied situé vers l'avant appuyé au sol et l'autre jambe située en arrière de la première avec le genou reposant au sol. À partir de cette position l'enfant se penche alors vers le pied avant et pousse sur son pied arrière et peut ainsi accéder à la station debout, puis à la marche.

Pour résumer, la charpente osseuse assure la structure au corps, permettant ainsi diverses expérimentations motrices, sans pour autant subir la gravité. L'enfant est amené à découvrir son corps et à construire progressivement l'intégration de l'axe corporel. Au départ le bébé expérimente un plan horizontal qui permet les passages entre enroulement et extension. Puis, au fil des mois ce plan deviendra vertical lorsque l'enfant sera debout, cette position implique d'avoir des appuis suffisamment stables, et un axe solide. Ainsi, à partir de celui-ci une construction des différents espaces va pouvoir se faire permettant une plus grande possibilité de mouvements vers l'extérieur. Cependant, ce développement nécessite une maturation neurologique efficiente et un environnement sécurisant et soutenant autour de l'enfant, c'est ce que nous allons voir maintenant.

1.2.2 Les appuis posturaux dans le développement psychomoteur

Le développement psychomoteur de l'enfant est dépendant de la vie affective dont il bénéficie mais également du développement de sa motricité et de son tonus. En effet, la maturation tonique va permettre à l'enfant de passer d'une motricité réflexe, à une motricité volontaire. Potel (2019), dans son livre « Être psychomotricien », évoque deux lois soutenant le développement tonique. Tout d'abord, la loi céphalo-caudale qui permet le développement tonique de l'axe corporel, en commençant par les muscles de la tête jusqu'aux muscles des membres inférieurs. Parallèlement à cette loi céphalo-caudale, le tonus de l'enfant est soumis à une deuxième loi appelée la loi proximo-distale, impliquant un contrôle musculaire qui se développe à partir de l'axe vers la périphérie. Cette maturation tonique vient soutenir les différentes acquisitions du développement psychomoteur de l'enfant. La psychomotricienne Mariot explique qu'à la vue de l'état tonique du bébé lors de ses premières semaines de vie, il dispose au départ seulement de postures symétriques caractérisées par l'hypotonie axiale notamment retrouvée dans le portage. C'est seulement plus tard que l'enfant accède à des postures asymétriques qui reflètent, quant à elles, une répartition hétérogène du tonus. Le déplacement à quatre pattes, vu dans le paragraphe précédent, nécessite par exemple des postures asymétriques.

Selon les apports de la psychomotricienne Mariot (2013), lorsque l'enfant explore les différents niveaux d'évolution motrice (NEM), il alterne entre des postures asymétriques et

symétriques, et cela participe à l'intégration de son axe corporel. En effet, lors de ses expériences motrices l'enfant va être confronté à des mouvements de bascule latérale entraînant des rotations des ceintures scapulaire et pelvienne, aboutissant ainsi à des postures asymétriques.

Au fil de son développement, l'enfant va découvrir la capacité à repousser le sol grâce à un tonus ajusté. Ainsi, il va se différencier de son support et agir sur l'environnement extérieur. Autrement dit, dans ce mouvement de repousser, la force du mouvement va vers le bas, ce qui contribue à la capacité d'enracinement. Cette force qui permet au bébé de s'extraire du sol contre la pesanteur, augmente au cours du développement. Ainsi, au fil des mois l'enfant va pouvoir découvrir de nouveaux appuis à travers les différents NEM lui permettant d'éprouver la solidité du sol sur lequel son corps repose. À partir de l'expérience du dépôt de son poids sur un support et grâce à la maturation neurologique, l'enfant va donc pouvoir prendre appui et repousser ce support, dans un mouvement essentiel d'affirmation de soi et donc d'individuation. Comme le dit la psychomotricienne Ponton « La résistance du support, en tant que limite structurante est indispensable à la construction de la sensation de solidité en soi, de laquelle naît l'affirmation de soi » (Ponton, 2012, p. 61).

Ainsi, les différents appuis permettent au sujet de gagner en sécurité et cela permet un nouvel élan. L'enfant va pouvoir peu à peu lutter contre cette gravité qui entraîne le corps vers le sol et s'ériger vers le haut. Grâce à des appuis solides et à l'intégration de l'axe corporel, l'enfant va pouvoir se verticaliser et avoir une plus grande action sur le monde notamment par le biais de la préhension. Cependant, cette intégration s'appuie également sur la rencontre du sujet avec son entourage.

1.3 Les appuis relationnels

Nous avons vu qu'il est essentiel que l'enfant puisse éprouver la stabilité du sol pour pouvoir s'en extraire et se redresser. Mais il est également indispensable que l'enfant se sente suffisamment soutenu par ses parents pour prendre appui sur eux pour grandir.

1.3.1 La sécurité de base

Le bébé à la naissance est complètement dépendant de l'adulte qui prend soin de lui. L'enfant n'est ni autonome d'un point de vue moteur ni autonome d'un point de vue neurologique. La présence de la figure parentale est alors indispensable pour assurer ses besoins et être en sécurité dans un monde sur lequel il ne peut agir pour l'instant. La posture d'enroulement apparaît comme essentielle afin que le bébé retrouve un sentiment de

sécurité lui rappelant l'espace utérin. Cet enroulement global du corps de l'enfant est notamment retrouvé dans le portage du bébé par son parent. En s'appuyant contre l'adulte le bébé peut déposer son poids et ainsi profiter d'une disponibilité sensorielle et motrice lui permettant de découvrir son corps et de se l'approprier. Donc, à travers le portage, le bébé va pouvoir développer et explorer la conscience de soi et de son corps, différente de celle de l'environnement. Cependant, si le portage effectué par le parent est déficient, le bébé va présenter des manifestations corporelles en réponse à cette défaillance telle que la position d'hyperextension. Cette posture pathologique réduit grandement les capacités d'exploration corporelle de l'enfant. En effet, ne pouvant s'appuyer de manière suffisamment sécurisée et contenant sur l'adulte, les différents mouvements autour du repoussé sont donc entravés et empêchés.

Ces états sont inévitables, en effet la « figure maternelle » ne peut répondre de façon parfaite à l'enfant, cependant si ces états sont fréquents et de forte intensité alors l'enfant pourra présenter des postures de retrait dans la relation.

Selon le pédiatre et psychanalyste Winnicott (1997/2006), ce portage physique et psychique du parent pour son bébé constitue le *holding*. Il s'agit du soutien physique du nourrisson lors des soins donnés à son enfant par la figure maternelle, c'est-à-dire sa qualité de portage comprenant son tonus, sa motricité, ses rythmes ainsi que toute la palette sensorielle qui entoure l'enfant. Le bébé et son parent vont ainsi interagir et ajuster leurs états tonico-affectifs par le biais de cette palette sensorielle (le regard, les vocalises, la parole, le toucher, l'odeur). Ainsi, à partir du *holding* le bébé va être en relation avec son parent. Bien évidemment la qualité du *holding* que la figure maternelle va offrir au bébé est dépendante de sa disponibilité psychique.

Finalement, le portage met en évidence le dialogue tonique entre le bébé et son parent et semble donner une cohérence aux éléments sensori-moteurs du bébé.

1.3.2 La contenance psychique

Au cours de ses premiers mois de vie, l'enfant ne peut différencier les sensations venant de l'intérieur ou de l'extérieur de son corps. Les moments de relations sont alors primordiaux car ils permettent au parent tout en satisfaisant les besoins de son enfant, de le regarder, lui prêter ses mots en s'adressant à lui. Ces moments peuvent notamment être illustrés par l'allaitement : le regard de la mère joue un rôle unificateur dans les différentes sensations éprouvées par l'enfant. Ainsi, la présence adaptée de la figure maternelle est nécessaire dans la construction de la pensée. En effet, le bébé est sans cesse assailli de

sensations et de perceptions qu'il ne peut analyser et relier entre elles. Cela crée des ressentis corporels désagréables auxquels il va réagir en les projetant de manière brute sur l'environnement (cris, pleurs, tensions). Ce sont les *éléments bêta* théorisés par Bion, pédopsychiatre britannique. La psychomotricienne Potel, dans son ouvrage « Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir » (2010) reprend les concepts de Bion, afin d'expliquer que la figure parentale, si elle est correctement ajustée et accordée à son enfant, va pouvoir contenir ces expériences chaotiques et les transformer. C'est ce que Bion nomme la *fonction alpha*. Le représentant de la figure maternelle de l'enfant va capter et transformer les *éléments bêta* en *éléments alpha* par ses soins, ses mots et l'attention qu'il lui donne. Pour effectuer cette transformation, la figure maternelle va s'appuyer sur sa *capacité de rêverie* ou la *fonction alpha* (cité par Ciccone, 2001). Il s'agit de son aptitude à rêver et à comprendre les vécus de son bébé selon le contexte. Elle interprète ses *éléments bêta* tout en l'enveloppant d'un bain affectif. Elle nomme, elle relie les sensations aux images et aux mots. La mère va penser pour son bébé et donner un sens à ses ressentis notamment par la mise en mots. Elle symbolise ce que vit son enfant. Elle lui donne à la fois un contenant par son corps (le portage, le tonus, le regard, les rythmes, la posture...) et des contenus de pensées par ses mots et le discours qu'elle porte à son sujet. Les *éléments alpha* sont alors envoyés au bébé qui peut ainsi les assimiler.

Dans ce contexte, Guillaumin (1989) dit dans son article « Les premières interrelations mère/nouveau-né » que le visage de la « figure maternelle » va devenir un « pré-miroir d'identification ». Il explique que le premier reflet de soi, de son corps, que le bébé va découvrir passe par le biais du regard de son parent, notamment lors des soins maternels (le *holding* et le *handling*).

Winnicott parle du miroir maternel avec un sens précis, l'enfant voit dans le visage de sa mère qui l'observe sa disponibilité interne. C'est-à-dire la façon dont elle l'investit consciemment et inconsciemment et toute l'attention qu'elle va lui porter. Ce miroir est chargé des investissements positifs et négatifs, comme la disponibilité et/ou l'indisponibilité. Le moi de l'enfant est donc d'abord un rassemblement d'images renvoyées par l'autre, auquel il s'identifie et se représente son propre corps. D'après ces apports théoriques nous comprenons le rôle primordial du regard de l'adulte dans le développement de l'enfant. C'est à partir de celui-ci que l'enfant se construit. À l'image d'un miroir, le regard reflète les éprouvés du bébé qu'il pourra progressivement assimiler comme lui appartenant. De plus, ce regard assure également une sécurité à l'enfant, un sentiment de continuité d'exister en tant qu'individu. Après un temps de dépendance absolue envers sa figure maternelle, celle-ci va peu à peu se détacher de son enfant. L'enfant pourra alors s'éloigner en toute sécurité de sa figure parentale pour explorer le monde qui l'entoure.

Finalement, au fil de sa maturation neuromotrice et de ses expériences psychomotrices, l'enfant se construit des repères et des appuis quant à son corps et à son environnement. Il intègre progressivement sa charpente osseuse et son rachis comme axe corporel étayant son axe psychique, permettant de se situer dans le monde et de se vivre comme un tout relié, coordonné, équilibré. Ces processus d'intégration et d'investissement du corps sont dépendants du contexte et de l'environnement dans lequel l'enfant grandit. Nous avons pu comprendre l'importance de l'expérience sensorimotrice notamment autour des appuis en lien avec l'environnement dans la construction de l'unité psychomotrice. Selon moi, le terme psychocorporel qualifie le corps d'un point de vue fonctionnel notamment illustré par la maturation neurologique dans le développement moteur de l'enfant. Mais également d'un point de vue, du corps en relation, lieu d'affects, de représentation, mis en évidence par les apports de Winnicott (le *holding*) et de Bion (la *rêverie maternelle*). Nous allons maintenant étudier comment la maladie de l'addiction altère cette unité psychomotrice.

2. L'addiction

« L'addictologie est la science qui étudie les phénomènes de dépendance (d'addiction) à un produit ou à un comportement. » (INSERM, n. d.)

Selon le site de la Fédération Française d'Addictologie, cette discipline médicale récente est issue de la psychiatrie et a permis d'avoir une approche globale des patients : leurs conduites, le contexte, les substances. Elle est née de la volonté d'améliorer les politiques de santé publique et de changer le regard sur les consommateurs.

2.1 Définition et critères de diagnostics de l'addiction

Le psychiatre américain Goodman (1990) cité par la psychologue Saïet, (2019) dans son ouvrage « Les addictions » tente de définir l'addiction. Selon lui il s'agit

d'un processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives. (Saïet, 2019, p. 62-63).

Ainsi, pour Goodman, l'addiction se définit par un aspect compulsif dans un ensemble de conduites avec une perte de contrôle de l'usage. On peut observer une recherche avide d'un objet de satisfaction au détriment d'un désir/plaisir plus élaboré et socialisé. Cette recherche permanente implique la répétition de l'acte en lien avec l'objet addictif, il y a un maintien involontaire en dépit de l'accumulation des dommages (santé, relation). Cette

répétition implique un réaménagement de la vie quotidienne centré sur la préoccupation de reprendre l'usage, qui abîme et détruit le corps.

Il existe des addictions comportementales (jeux d'argents, troubles de comportement alimentaire comme l'anorexie et la boulimie, addictions sexuelles) et des addictions aux produits (alcool, toxicomanie...).

La pensée médicale de l'addiction a évolué grâce aux diverses recherches réalisées les dernières années :

- Le DSM-III (1987) parle d'Alcool-dépendance et d'Héroïno-dépendance
- Ensuite le DSM-IV (1994) définit les concepts d'Abus et de dépendance
- Aujourd'hui le DSM-V (2013) parle de Troubles liés à l'usage de substances

Le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » ou DSM-V (Crocq et al., 2016, p.683-684) définit l'addiction comme l'utilisation inadaptée d'une substance « conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, observées au cours d'une période continue de 12 mois. »

Les critères diagnostics du DSM-V ci-dessous permettent de différencier une addiction d'une consommation à risque :

1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance
5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.

9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - A. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - B. Effet notablement diminué en cas de d'usage continu de la même quantité de substance.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - A. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - B. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. (Crocq et al., 2016, p.683-684)

Ces critères diagnostics permettent de différencier une addiction d'une consommation à risque.

2.1.1 De l'usage récréatif à la dépendance, une frontière fragile

L'usage est une consommation modérée et occasionnelle d'une substance, ne causant pas de dommage.

Au fil des années et des recherches les termes caractérisant l'addiction ont évolué. En effet, le DSM-IV indiquait une précision entre deux troubles : l'abus et la dépendance.

L'abus était caractérisé par une consommation répétée induisant des altérations physiques, psychiques et sociales à plus ou moins long terme. Alors que la dépendance caractérisait l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Il s'agissait aussi bien d'une dépendance psychique que physique mises en évidence par l'existence d'une tolérance et d'un syndrome de sevrage dès l'arrêt des substances. Ainsi, la différence entre la dépendance et l'usage nocif était que l'abus n'impliquait pas de perte de contrôle.

Dans le DSM-V nous ne trouvons plus ces deux troubles séparés, il s'agit désormais d'un seul et même trouble : les troubles liés à l'usage de substances. Ce changement résulte du constat que les troubles liés à l'usage de substances impliquent des modifications dans les circuits cérébraux visibles à l'imagerie cérébrale peu importe le stade de la pathologie addictive. De plus, le DSM-V ajoute une notion dans les caractéristiques du diagnostic de l'addiction, il s'agit du besoin sans en avoir nécessairement envie, c'est ce que l'on appelle le « *craving* ». Dans le DSM-V, le *craving* est décrit comme une « envie impérieuse ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance ». (Crocq et al., 2016, p. 684). Il est

considéré comme la manifestation clinique la plus caractéristique de l'addiction puisque sa présence et son intensité peuvent précipiter la rechute.

Le docteur Pinto dans son article « Le concept de dépendance psychologique à l'alcool est-il encore valable ? » (2019) fait la distinction entre trois formes de *craving* qui peuvent toutefois coexister. Tout d'abord, le premier *craving* est caractérisé par la présence d'affects positifs, il est issu de la recherche de propriétés stimulantes. Il peut être qualifié de *craving* de récompense, en effet, sa fonction est de stimuler les aires corticales du plaisir. Il est produit par des situations ou des émotions positives. Il s'agit du *craving* le plus compliqué et du facteur de rechute le plus fréquent. Alors que le premier *craving* est davantage relié au plaisir, le deuxième *craving* est associé aux affects négatifs. Il témoigne de la nécessité de consommer pour faire diminuer une tension ou un stress. Il est produit par des situations ou émotions négatives, des signes de manque ou pour compenser un hyper éveil. Ce deuxième *craving* peut être qualifié de *craving* de soulagement. Le dernier *craving* est défini par l'absence de contrôle. Ce *craving* peut être qualifié d'obsédant car la personne est envahie de pensées, le soulagement pourra seulement apparaître si le sujet réalise son comportement addictif.

Comme nous l'avons vu, une des caractéristiques de la dépendance est un dysfonctionnement des systèmes neurobiologiques, nous allons désormais étudier le mécanisme de ces systèmes mis à mal par l'addiction.

2.2 Les principaux mécanismes neurobiologiques impliqués dans l'addiction

J'évoquerai les mécanismes biologiques mis en jeu sous l'effet des substances psychoactives, par le biais du chapitre Neurobiologie et addiction de l'ouvrage « Addictologie » (2017) de Lejoyeux, professeur de psychiatrie et d'addictologie. Selon les différents auteurs de cet ouvrage, toutes les drogues provoquent des effets dans le cerveau, se répercutant dans tout l'organisme. Elles ont une cible commune le circuit de la récompense, qui est une partie spécifique du système limbique. Le système limbique est constitué de structures corticales et sous corticales. Il constitue un carrefour où se gèrent des informations en provenance de plusieurs autres structures cérébrales. Les actions qui procurent du plaisir sont repérées et renforcées par le circuit de récompense. Ce système de récompense appelé également système hédonique intègre diverses composantes qui communiquent entre elles. Le circuit de récompense commence dans le cortex, les informations sont alors dirigées vers le noyau accumbens, puis envoyées jusqu'à

l'aire tegmentale ventrale, et enfin reviennent au point de départ qui est le thalamus. Ce système est nécessaire à la survie de chaque individu, en effet il assure des tâches telle que se nourrir, s'hydrater et se reproduire. Lorsque ces actions sont réalisées le sujet ressent une sensation de plaisir afin que ses comportements se reproduisent dans le temps. Lorsqu'un besoin se fait sentir, l'action est déclenchée, l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens entrent alors en communication, par deux voies neuronales :

- Une voie excitatrice, appelée aussi pro récompense, elle informe le cortex que cette action est bénéfique et peut donc être reproduite. Cette voie peut également être appelée D1 car elle possède des récepteurs à la dopamine de type 1 qui favorisent la production des comportements.
- Une voie inhibitrice, qui va au contraire envoyer un signal négatif et stopper le renforcement. Cette seconde voie, peut également être appelée « D2 », car elle possède des récepteurs à la dopamine de type 2 qui, à l'inverse des récepteurs D1, limitent les comportements.

Finalement, aussi bien la voie D1 que la voie D2 utilisent la dopamine comme neuromédiateur. Celle-ci est libérée lorsque la réalisation des actions apporte des sensations plaisantes. Si les sensations plaisantes sont trop intenses alors la voie inhibitrice antagoniste à la voie excitatrice est mise en jeu. Son but est de réguler l'excitation du circuit de récompense. Pour ce faire, elle capture la dopamine provoquant ainsi l'interruption des comportements et leur renforcement.

Or, les substances psychoactives fonctionnent en augmentant la quantité de dopamine dans le cerveau au niveau du circuit de récompense. Lorsqu'il y a dépendance, la voie excitatrice s'exprime trop fort pour laisser agir la voie inhibitrice. L'action est ainsi répétée sans que le contrôle inhibiteur ne puisse interférer.

Pour comprendre le fonctionnement des addictions sur le système nerveux, il faut s'intéresser dans un premier temps au système dopaminergique. La dopamine est un neurotransmetteur qui possède une place essentielle dans le système de récompense. En effet, celle-ci est mise en jeu à l'apparition d'un plaisir, c'est le désir qu'on a de réaliser un comportement. Toutes les récompenses naturelles générant du plaisir (la nourriture, la sexualité) augmentent le taux de dopamine à travers l'activation des synapses dopaminergiques. Les substances psychoactives agissent également sur les voies dopaminergiques. Cependant, ces drogues déclenchent un taux de dopamine très élevé

comparé aux plaisirs naturels (faim, soif). De plus, au-delà de la concentration élevée de dopamine, la prise répétée de drogue maintient ce sentiment de plaisir, la satiété n'apparaît pas contrairement aux besoins naturels (Cupa et al., 2010).

Ainsi, les substances psychoactives génèrent une activation du système dopaminergique plus rapide et intense que la satisfaction d'un besoin primaire comme la faim par exemple. Ce fonctionnement des drogues sur l'organisme met en évidence l'effet élevé des substances sur les circuits neurologiques, impliquant une perte de contrôle importante soulignée par les *cravings*. Cette perte de contrôle nécessite d'être expliquée au patient notamment à travers des ateliers de psychoéducation afin qu'il comprenne les différents symptômes découlant de ses consommations. Sans cette connaissance et compréhension de sa pathologie, le sujet aura des difficultés à entamer une prise en charge active de son addiction.

Ainsi, nous avons vu par le biais de la neurobiologie que les addictions induisent des impacts sur les systèmes physiologiques, la place du corps est donc centrale dans la problématique addictive.

2.3 Le corps dans l'addiction

La psychologue Saïet, dans son ouvrage « Les addictions » (2019) explique que l'origine étymologique du mot addiction vient du latin, *addictus*, il signifie « affecté à ». Ce terme était utilisé précédemment pour désigner une personne ayant une dette impayée, il se retrouvait alors « contraint par corps ». Cette origine étymologique érige le corps au centre de la problématique addictive, c'est à travers lui que la dépendance s'effectue en premier lieu.

2.3.1 Procédé autocalmant

D'après le psychiatre Pirlot (2002), l'addiction et les maladies psychosomatiques se rapprochent car ces deux problématiques ont un lien avec le rapport corps-psyché. Le psychiatre fait alors l'hypothèse que dans certains cas, la réalisation du comportement addictif viendrait protéger le sujet de potentielles somatisations. Les substances psychoactives seraient absorbées dans le but de résister aux difficultés éprouvées. La qualité analgésique du produit (l'alcool, les hypnotiques, les anxiolytiques) peut répondre à une envie de fuir un sentiment de mal-être. Mais peu importe que l'effet de la substance consommée soit excitant ou anesthésiant, elle vise le même but soit calmer, apaiser quelque chose d'interne. Les procédés autocalmant procurent la détente, le temps de leur durée ; elle disparaît avec eux. Ces procédés ne sont pas représentables pour le sujet, au

contraire il semble qu'ils empêchent le travail de penser, ils font le vide dans l'appareil psychique.

Selon Pirlot (2002), la dépendance s'apparente également à une voie comportementale de l'économie psychique du sujet. Il dit que « Le recours à de tels procédés résulte d'une insuffisance du travail de mentalisation, normalement opéré par le Moi. » Ainsi, la focalisation sur une activité motrice ou perceptive serait utilisée par le Moi pour contre-investir une réalité traumatique menaçante.

Les comportements addictifs à partir d'un investissement sensori-moteur permettent au Moi, de se protéger des excitations, qui ont échappé au travail d'élaboration mentale. Cependant, la dimension « calmante » de la substance a comme but le retour au calme de l'appareil psychique sans toutefois satisfaire le besoin initial. Le besoin est un phénomène naturel présent chez tous les individus car il est nécessaire à la survie de celui-ci. Il existe différents besoins : les besoins physiologiques, les besoins d'appartenance et de sécurité etc... Plus on a conscience de nos besoins mieux on peut y répondre de manière adaptée et cela limite le nombre de *craving* : l'envie sans avoir le besoin ou le besoin sans avoir l'envie. Or, dans la majorité des cas la prise de substances en addictologie ne répond pas au besoin initial c'est pourquoi le sujet va alors être obligé de répéter ces procédés de manière compulsive et croissante, allant jusqu'à se mettre en danger. Le retour à l'équilibre par cette seule répétition d'excitation est donc impossible.

La consommation de drogue peut également venir répondre à une quête de sensation plaisante.

2.3.2 En quête de sensations

La psychologue Carton (2005), explique que nous vivons actuellement dans une société qui valorise les pratiques « extrêmes ». Nous sommes imprégnés au quotidien de campagnes publicitaires promouvant une quête de sensations et d'émotions fortes, cela rend ces comportements banals. En effet, dans ce contexte nous pouvons être curieux de tester, de ressentir des sensations nouvelles. Poussé par l'envie, et la quête de sensations le sujet omet alors partiellement la dangerosité et la prise de risque réelle de l'acte. Mais au-delà de la recherche de sensations, les conduites à risques peuvent également révéler des moyens de lutter contre l'ennui ou la désinhibition. Dans cet article, le professeur américain de psychologie Zuckerman, présente ses nombreuses recherches sur les différentes théories de la personnalité afin de mettre en évidence les différences individuelles entre les sujets. Il est notamment connu pour sa théorie de la recherche des

sensations développée dans les années soixante. Cette théorie caractérise le besoin d'expériences nouvelles et complexes, en lien avec la nécessité de maintenir un niveau élevé d'activation cérébrale. Plusieurs études cliniques, biologiques, et psychologiques ont révélé que la dimension de recherche de sensations est un facteur de vulnérabilité, parmi d'autres, au développement des dépendances.

Par exemple, l'usage de drogues comme la cocaïne et l'ecstasy peuvent avoir comme but la recherche de sensation, de stimulation pour combattre des états de vide et d'ennui, il s'agit d'une recherche du côté sensoriel. La consommation de drogue pourrait apparaître comme une échappatoire, les sensations fortes induites par les substances permettent d'aller au-delà, de dépasser les autres sensations vécues comme désagréables par le sujet (tristesse, angoisse...).

Généralement se sont les conduites épisodiques qui impliquent une recherche de sensation. Cependant, le phénomène d'escalade est présent. En effet d'abord les sensations ressenties pourront être qualifiées d'agréables, puis au fil du temps ces sensations vont s'estomper en raison du phénomène de tolérance. La dépendance va alors s'installer et devenir telle que la prise de drogue n'advient que pour éviter le manque et diminuer la tension liée à l'arrêt de la consommation : le besoin sans l'envie.

2.4 Un profil psychomoteur impacté

La problématique addictive modifie grandement l'identité psychomotrice du sujet. Différents éléments peuvent être touchés comme la tonicité, les sensations, et le schéma corporel. Nous allons évoquer les impacts psychomoteurs les plus souvent observés dans la clinique de l'addiction.

2.4.1 Le tonus

Scialom, Giromini, et Alabaret (2011) citent Vulpian (1874) qui définit le tonus comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Scialom et al., 2011, p. 145). Le tonus est le premier moyen de communication et d'expression du bébé. Il permet également de soutenir la posture, qui elle-même soutient le mouvement. On distingue trois tonus différents. Le tonus de fond caractérise la tension des muscles au repos, il est permanent et involontaire. Le tonus postural désigne l'état de tension minimal nécessaire pour le maintien d'une position en équilibre comme la station

debout. Et, le tonus d'action évoque quant à lui les « degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice » (Carric, 2001, p. 190).

Dans son ouvrage « Le développement sensori-moteur et ses avatars » (2007), Bullinger insiste sur le rôle primordial du mouvement dans la construction des premiers repères du corps de l'enfant. Cependant, il rappelle que cette expérimentation du corps est possible seulement si l'enfant est en mesure d'ajuster son tonus de manière stable. Selon Bullinger, il existe quatre facteurs de régulation tonique : la vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations. Le premier système de régulation tonique fonctionne en « tout ou rien », il repose sur les états de vigilance. Et correspond à un passage rapide d'un fort état tonique à un autre, sans transition, ce facteur est présent dès la naissance. Le second mode de régulation tonique est rattaché au contrôle des flux sensoriels. Face à des stimulations sensorielles, il présente des phases d'alerte soulignées par un recrutement tonique et des phases d'orientation. Le troisième facteur de régulation tonique est le milieu humain. En effet, les interactions et le dialogue tonico-émotionnel donnent sens aux états du bébé. Le bébé va imiter l'ajustement des personnes autour de lui pour réguler ses états toniques. Enfin, le quatrième facteur de régulation tonique se rapporte aux représentations. Le recrutement tonique est alors adapté à la représentation de l'action à venir. C'est l'anticipation des états du milieu et des variations possibles. Par convention d'écriture je parlerai dans ce mémoire d'hypertonie pour illustrer un niveau tonique très élevé sans faire référence au terme neurologique.

Nous retrouvons chez la personne addictive une fonction de régulation tonique défaillante, ne permettant pas de s'adapter à l'environnement et aux autres. La psychomotricienne Reynaud (2019) explique que souvent les sujets souffrant d'une problématique addictive présentent une posture d'hypervigilance mise en avant par une hypertonie venant assurer une fonction de contenance. De nombreux facteurs et expériences peuvent expliquer un fort recrutement tonique chez les sujets addicts comme un sentiment d'angoisse ou de manque... Ils présentent alors une carapace tonique révélant un manque de sécurité et une hypervigilance permanente.

En présence de douleur le corps a également tendance à augmenter le niveau de recrutement tonique afin de créer une sorte de carapace tonique pour « protéger » le corps d'autres atteintes potentielles. La douleur semble alors plus facile à supporter lorsque tout ce qui est autour est contracté. Reynaud (2019) dit que ce recrutement tonique important donne l'illusion de rassembler le corps tel un bloc, permettant ainsi de combler les manques et les besoins du sujet. Cela permet également de restaurer l'illusion de l'unité de soi perdue

ou de reconstruire une nouvelle enveloppe corporelle plus contenante. Or, cette carapace tonique limite la perception des sensations. Le sujet est donc en difficulté pour identifier ses sensations corporelles et percevoir son corps à travers celles-ci.

Ces modifications pathologiques peuvent entraîner des postures néfastes mises en évidence par des nombreuses contractures toniques. Or, les personnes addictes ont peu conscience de leurs états toniques et de leurs particularités posturales à cause d'une chronicisation de ces attitudes expliquées par un phénomène d'habituation sensorielle. Cependant, cet état tonique peut davantage s'accroître lors de certains moments dans la journée notamment à l'apparition d'un *craving*. Le recrutement tonique et l'agitation sont davantage perceptibles lors de ces temps-là. C'est alors crucial de sensibiliser le sujet à son état corporel lors de ces moments précis, afin qu'il identifie ses différentes sensations, qu'il puisse mettre des mots dessus et s'y adapter.

2.4.2 La sensorialité

Les différents sens : auditif, visuel, tactile, olfactif, gustatif, kinesthésique permettent à l'Homme de prendre connaissance de l'environnement et de s'y adapter. À travers leurs récepteurs spécifiques chaque organe sensoriel capte des informations provenant de l'intérieur ou de l'extérieur de l'organisme, ces sensations sont ensuite analysées, intégrées et mémorisées. Il faut toutefois faire la distinction entre trois types d'informations sensorielles.

En premier lieu, les informations intéroceptives traitent les sensations provenant de l'intérieur du corps autrement dit, les organes et les viscères. Lorsque la globalité du corps est en mouvement, des sensations internes au niveau du ventre peuvent apparaître soulignant un déplacement des viscères, il s'agit de la perception intéroceptive.

Ensuite, la sensibilité proprioceptive ou profonde permet la perception du corps en mouvement ou en statique. La proprioception « joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres. Elle entretient la connaissance du corps et assure l'harmonie de la contraction tonique. » (Scialom et al., 2011, p. 146). Le cerveau possède alors en mémoire un schéma corporel : il connaît la longueur des membres, la taille de l'individu et la position que le corps occupe dans l'espace.

Pour finir, le système extéroceptif est composé de nombreux récepteurs captant les informations somesthésiques superficielles. Cependant, il ne faut pas oublier les récepteurs sensoriels propre à chaque organe sensoriel qui permettent de distinguer les cinq sens : l'odorat, le goût, l'ouïe, la vue et le toucher. En effet, chaque information sensorielle est captée par son récepteur sensoriel puis dirigée jusqu'au système nerveux central par le

biais de diverses synapses. Ensuite, les informations sensorielles arrivées dans le système nerveux seront analysées par l'encéphale, la sensation se transforme en perception. Il faut distinguer la sensation de la perception. La première est un processus qui suit l'activation d'un récepteur sensoriel. C'est l'environnement qui agit sur le système nerveux central. Alors que la perception est un phénomène subjectif, issu des connaissances antérieures du sujet. En effet, la perception résulte d'un traitement cognitivo-affectif de la sensation.

Or, les sujets dépendants ont bien souvent une difficulté à éprouver leurs sensations, ou sont envahis par celles-ci. En effet, le neurobiologiste Tassin (2007) explique que l'absorption des substances procure diverses sensations, perçues différemment selon chacun et selon la substance consommée. Par exemple, les psychostimulants comme la cocaïne et l'amphétamine induisent une diminution de la fatigue, et même des délires et hallucinations. Alors que, les opiacés comme l'héroïne et la morphine provoquent des sensations de lourdeur, de détente, et l'apparition de sommeil avec un ralentissement du rythme cardiaque et de la respiration. Autant de phénomènes sensoriels qui modifient la perception corporelle. L'étude des conduites addictives met en lumière la quête de sensations corporelles pour tenter d'exister, de se sentir vivant. La recherche de stimulation se fait au travers de l'hyperstimulation d'une fonction ou d'une partie du corps et favorise la mise à distance des souffrances psychiques en les anesthésiant quelques instants. Les stimulations sensorielles sont multipliées par les consommations qui éveillent le corps, donnant au sujet l'impression de mieux percevoir son corps en se focalisant sur les sensations induites par les consommations. Le sujet peut alors éprouver des sensations de toute-puissance, d'où des mises en danger avec des tentatives d'exploits physiques puisque la réalité est niée. Ces sensations apparaissent en opposition aux signes somatiques (baisse de la vigilance, des réflexes et des stimulations extéroceptives, décontraction musculaire). Ainsi, l'utilisation de substances va modifier les perceptions corporelles dans le but d'accéder à une protection contre une souffrance d'origine psychologique. Il y a alors bien souvent une indistinction entre les manifestations corporelles de l'anxiété et les troubles organiques, et somatiques.

Nous avons vu auparavant que le sujet dépendant peut être dans la recherche de sensations excitatrices et plaisantes à travers la consommation de substance, mais également dans une quête de procédé « autocalmant ». Ainsi, l'absorption de substance permettrait au sujet de se protéger des sensations et émotions trop dangereuses en faisant diminuer la tension interne. La psychologue Carton complète dans son article « La recherche de sensation quelle émotion ? » le concept de Zuckerman, en insistant sur le lien des sensations dans la régulation des émotions. Par exemple, les sujets dépendants aux

opiacés seraient dans une recherche de réductions des sensations et des émotions « négatives » plutôt que dans une recherche d'effets et de sensations euphorisantes. Les substances dérivées de l'opium (morphine, codéine) permettent alors de réguler les émotions et les sensations désagréables. En effet, le sujet peut évoquer une sensation d'apaisement, un ralentissement moteur illustré par la diminution de la fréquence respiratoire et cardiovasculaire pouvant aller jusqu'à une *overdose* mortelle.

2.4.3 Un schéma corporel désorganisé

La notion de schéma corporel est ancienne, elle est fortement intriquée à la notion d'espace et d'agencement du corps.

Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise une construction active, constamment remaniée des données actuelles et passées, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations (Ajuriaguerra, 1974, p. 239).

Pour Ajuriaguerra, le schéma corporel se construit avec l'intégration des éprouvés sensoriels, proprioceptifs et vestibulaires. Cette définition, très riche, introduit le caractère dynamique du schéma corporel. Il est constamment en remaniement sous l'influence des expériences corporelles et du support neurologique.

Le schéma corporel est donc la connaissance que le sujet a de son corps, lui permettant de se situer dans le temps et dans l'espace. Or, cette entité est fortement entravée en addictologie. Le professeur de psychiatrie et d'addictologie Lejoyeux (2017), explique que la consommation de diverses substances entraîne des modifications sensorielles diverses : visuelles, auditives, olfactives, tactiles, gustatives, proprioceptives, etc. Le schéma corporel est alors affecté et remanié. Ces modifications remanient et détériorent le schéma corporel. En effet, le corps est éprouvé différemment du fait de mécanismes neurophysiologiques : sensation de lévitation, de transformations corporelles, d'hallucinations. La peau devient une enveloppe floue, les contours y semblent abstraits. Ainsi, la personne éprouve des difficultés à ressentir son corps et ses limites, cela engendre une perte de ses repères corporels.

Ensuite, la psychomotricienne Reynaud (2019) explique que « la chronicité de la consommation et les effets toxiques des produits peuvent induire des répercussions somatiques, en provoquant des atteintes corporelles et en altérant le schéma corporel de l'individu. » De nombreux sujets addicts méprisent, abandonnent et abîment leur corps, la maladie d'abord peu visible va peu à peu s'inscrire sur le corps et être à la vue de tous. La

morphologie est modifiée avec des variations importantes de poids. Généralement, des douleurs bucco-dentaires comme des caries ou des abcès sont évoqués, en effet l'hygiène de la sphère orale est presque absente. L'auteure évoque également que les caractéristiques de la peau viennent également à se modifier, elle devient plus fine et fragile. Son teint peut changer de couleur visible par une certaine pâleur, ou d'une couleur davantage jaunâtre et également de rougeurs. La modification de l'aspect sensoriel de la peau est accentuée à la suite d'injections, foyers privilégiés d'infections. La propagation de substances toxiques dans le capital veineux endommage le système nerveux, impliquant de possibles troubles sensitifs ou paralysies musculaires. Finalement, la consommation des diverses substances addictives et le moyen d'administration modifie le schéma corporel du sujet. De plus, il faut noter qu'au sein d'une même journée le sujet subit des changements sensoriels, des repères modifiés à la suite de la consommation et après plusieurs heures d'abstinence. Les écarts rendent alors particulièrement instable le schéma corporel et peuvent donner naissance à des troubles de la perception corporelle.

En conclusion, à partir du squelette osseux et de ses propriétés de protection, de solidité et de mobilité, émerge progressivement l'intégration de l'axe corporel. Cet axe est notamment représenté par la colonne vertébrale qui permet le sentiment d'unification du corps et de sécurité interne. Afin de pouvoir construire un axe corporel de bonne qualité, le système neurologique de l'enfant doit être intact, ce qui lui permettra d'expérimenter sa motricité librement. L'enfant au fil de son développement va alors éprouver la solidité de son corps à travers le repoussé par ses appuis dans le sol afin de progressivement s'ériger et se mouvoir en confiance. Ses expériences motrices permettent d'intégrer progressivement son axe corporel. Or, comme nous l'avons vu précédemment, cette intégration se fait également par le biais de la relation avec l'environnement. Le rassemblement dans l'enroulement, lors du portage, constitue le premier schéma d'apaisement et d'unification du corps. Ainsi, le *holding* a une place très importante et sa qualité influe sur celle de l'axe corporel. Par l'intériorisation d'un *holding* suffisamment bon, l'enfant pourra ensuite se tenir seul. En résumé, l'intégration des différentes structures du corps, internes ou externes, dans la constitution du sujet permet au psychisme de se développer en appui sur ces dernières. Le sujet pourra donc accéder à un corps solide et sécurisant.

L'étude du phénomène addictif et son fonctionnement neurobiologique à travers le *craving* nous a permis de comprendre quels sont les mécanismes cérébraux impliqués, et comment le corps est orienté dans un agir irrépressible donnant naissance à des sensations particulières. Les interrelations corps-psyché dans l'addiction attestent bien de l'intérêt de

l'approche psychomotrice. Le défaut ou le trop plein de sensations rendent très difficile le maintien d'une conscience corporelle adaptée. L'addiction vient alors menacer l'identité du sujet aussi bien corporelle que psychique. Les prises en charge en psychomotricité ont alors essentiellement pour objectif de soutenir le patient dans ses représentations corporelles, sa capacité à s'appuyer sur son corps et son estime de soi. Dès lors, comment la psychomotricité peut-elle permettre de reprendre appui sur un corps tantôt surinvesti, tantôt anesthésié par la problématique addictive ? Autant de questionnements qui émanent, notamment, de ma rencontre avec Mme C., une femme de 28 ans souffrant de polyaddictions que je vais présenter dans cette deuxième partie.

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de la structure

1.1 Fonctionnement de l'établissement

Le Centre Ambulatoire d'Addictologie répond aux besoins de prise en charge psychiatrique et/ou en addictologie en hôpital de jour pour majeurs. En effet, la structure accueille des patients atteints de divers troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité) ainsi que des patients souffrant d'addictions. L'hôpital de jour prend en charge tous les types d'addiction entraînant un retentissement fonctionnel ou des répercussions considérables sur la qualité de vie du patient :

- Addictions aux produits licites (alcool, médicaments) et addictions aux produits illicites (cannabis, cocaïne...).
- Addictions comportementales (jeux d'argents, jeux vidéo, sexe, sport) et les troubles des conduites alimentaires.

La dimension de soin est construite autour d'une prise en charge bio-psycho-sociale et nécessite donc une équipe pluridisciplinaire : médecins psychiatres, addictologues, assistante de service social, coordinatrice des soins, diététicienne, ergothérapeutes, psychomotriciennes, psychologues, infirmières, neuropsychologues, socio-esthéticienne, sophrologue, relaxologue. La clinique est également en lien avec les divers services hospitaliers de proximité.

Le livret d'accueil de l'Hôpital de jour explique aux patients que la notion de rétablissement, c'est-à-dire le réengagement du patient dans une vie active, satisfaisante par rapport à ses attentes est l'objectif premier. Le schéma de soin correspond en premier lieu à une évaluation pluridisciplinaire. L'évaluation pluridisciplinaire est la première étape à réaliser avant tous soins de réhabilitation et devra être répétée au cours des soins et à la fin de ceux-ci. Elle comporte au minimum quatre bilans essentiels :

- Clinique (psychiatre) : antécédents, traitements, soins déjà réalisés et en cours
- Neuropsychologique (neuropsychologue) : recherche de troubles cognitifs.
- Psychosocial (infirmier ou assistante sociale) : évaluation des capacités d'autonomie quotidienne, répercussions fonctionnelles, ressources.
- Qualité de vie (infirmier ou ergothérapeute) : objectifs et souhaits du patient.

Ces évaluations pluridisciplinaires sont remises aux patients et à partir de celles-ci sont définis selon les besoins, les attentes et le projet de vie du patient, les objectifs thérapeutiques, aboutissant à l'élaboration d'un schéma de soin personnalisé. L'objectif du patient par rapport à sa consommation peut être l'abstinence totale s'associant à un travail de prévention de la rechute, ou bien un contrôle de sa consommation s'associant à un travail autour de la prévention et de la réduction des risques du comportement addictif. Le projet de soin établi entre le patient et l'équipe soignante de la clinique, définit les divers moyens qui seront employés comme le choix d'une prise en charge individuelle ou groupale. Au cours du suivi, des évaluations sont effectuées afin d'adapter le projet de soin en fonction de l'évolution des besoins du patient. Le format d'une prise en charge à temps partiel s'inscrit dans une démarche de rétablissement et de réhabilitation psychosociale satisfaisante pour le patient. L'admission au sein de la clinique d'addictologie est validée par un médecin de la structure, cependant le patient bénéficie d'une hospitalisation libre.

1.2 La place de la psychomotricité

La psychomotricité a un rôle reconnu dans l'institution. Dans l'équipe, elle représente la part psychocorporelle du travail avec les patients par son approche et sa lecture clinique spécifique. Les psychomotriciennes participent aux synthèses des patients et aux réunions cliniques avec les équipes. Elles s'inscrivent, comme le reste de l'équipe, dans le soin auprès des patients et participent à la création de divers projets thérapeutiques.

Les deux psychomotriciennes de la clinique sont sollicitées par les médecins psychiatres pour établir des bilans psychomoteurs et poursuivre avec un suivi psychomoteur si cela est pertinent pour le patient. Les indications en psychomotricité sont diverses. Elles sont davantage orientées sur un versant thérapeutique avec, par exemple, un travail de prise de conscience corporelle, et de structuration corporelle. Les séances de psychomotricité individuelles s'étendent sur un créneau horaire d'une heure. Les psychomotriciennes proposent également des dispositifs groupaux. Les médiations sont très diverses, que ce soit en groupe ou en individuel : arts martiaux, danse, relaxation etc.

1.3 Ma place de stagiaire

Au cours de ce stage, ma place de stagiaire a pu évoluer. Au départ, l'observation m'a permis d'assimiler les enjeux de la problématique addictive, de me familiariser avec les patients et avec les objectifs des divers suivis en psychomotricité. J'ai mis à profit ce temps pour chercher mon positionnement face à ces patients en tant que soignante mais surtout en tant que future psychomotricienne. Mes tâtonnements furent

accompagnés par l'équipe. Cette immersion progressive m'a permis de prendre une place active tant dans le soin psychomoteur que dans les différentes équipes et temps d'échanges cliniques. Après un temps de coanimation des séances avec ma maître de stage dans lequel je pouvais proposer mes idées aux patients, il m'a été offert l'opportunité de participer à plusieurs suivis et d'en reprendre d'autres, comme ça a été le cas pour Mme C.

2. Portrait de Mme C.

2.1 Anamnèse

Les informations suivantes sont issues du dossier médical.

- Contexte social et familial

Mme C. est âgée de 28 ans, elle est issue d'une fratrie de trois enfants dont elle est la cadette. Elle décrit une enfance où elle s'est sentie seule : « je me suis laissée faire et j'ai beaucoup subi ». Elle peut parler de sa sensation d'avoir été traitée comme un « objet » par sa famille. Elle conserve des souvenirs douloureux de son enfance aussi bien dans la sphère familiale que scolaire. Mme C. stoppe sa scolarité en troisième après avoir été harcelée à plusieurs reprises. Actuellement, elle n'a pas d'activité professionnelle. Mme C. vit seule avec son fils de 6 ans issu d'une grossesse non désirée. Elle s'est séparée du père avant la naissance.

- Antécédents médicaux

Mme C. a été suivie en ambulatoire dans un Centre Médico-Psychologique durant deux ans pendant son adolescence. Selon les brèves observations écrites, un diagnostic de trouble de personnalité borderline a été posé, associé à un trouble des conduites alimentaires avec crises boulimiques, sans conduite de purge. Elle fait deux tentatives de suicide en 2006 et en 2016 par phlébotomie. Sa dernière tentative s'est suivie d'une hospitalisation de plusieurs semaines. Aujourd'hui encore elle peut évoquer des idées suicidaires intermittentes et scénarisées.

- Parcours à l'Hôpital de jour

Mme C. a intégré l'hôpital de jour en juin 2020, en raison d'une addiction au cannabis. Actuellement elle consomme environ 15 joints par jour. Elle souffre également d'une addiction alimentaire. Elle décrit un excès hyperphagique quotidien, en fin de journée sans conduite de purge. Mme C. était également addictée à l'alcool durant l'adolescence ce qui a

provoqué plusieurs comas éthyliques et conduit à diverses hospitalisations. Elle décrit des addictions qui se sont succédé depuis l'adolescence, « quand l'une finie, l'autre commence » : sport, tabac, cannabis, alcool. Elle réalise qu'elle fonctionne « au tout ou rien » avec beaucoup d'impulsivité. Elle identifie que ses comportements sont en lien avec la tristesse et la solitude. Elle parle également d'une recherche vaine d'affection auprès de partenaires multiples et évoque de nombreuses relations sexuelles non protégées.

Mme C. décrit un moral bas avec une tendance à la labilité. Elle est de nature anxieuse et présente des attaques de panique de fréquence variable. Elle exprime des difficultés pour sortir de chez elle. Plus qu'une timidité elle décrit une phobie sociale s'exprimant notamment par des crises d'angoisse dans les transports en commun. Mme C. souhaite être aidée pour « trouver d'autres solutions que la nourriture, l'alcool et le cannabis pour s'apaiser ».

Elle rencontre un médecin psychiatre, une psychologue et ma maître de stage au sein de la structure en juin 2020 afin de réaliser un bilan global. Les différents professionnels relèvent que Mme C. est souvent débordée par ses émotions.

Mme C. est suivi en individuel en psychologie depuis juillet 2020. Lors de mon stage, j'échange avec la psychologue afin d'évoquer plus précisément le suivi psychologique hebdomadaire de Mme C. La psychologue reconnaît bien la patiente dans le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, avec un fonctionnement en tout ou rien et la compensation d'un sentiment de vide par la nourriture ou le cannabis et occasionnellement l'alcool... Son identité reste fortement définie par ses consommations.

Mme C. reste en difficulté pour réguler ses émotions. L'anxiété est omniprésente, avec la mise en place de nombreuses stratégies de contrôle et/ou d'évitement, très coûteuses en termes de ressources attentionnelles. Plus globalement, Mme C. possède une estime de soi très précaire, avec un sentiment général d'insécurité, entraînant un isolement social. Le suivi psychologique est alors axé sur la gestion des émotions, sa confiance en elle et sur le regard des autres.

2.2 Bilan psychomoteur

Le bilan a été réalisé en juin 2020 par ma maître de stage.

N'ayant pas assisté au bilan psychomoteur j'ai choisi de retranscrire ci-dessous uniquement les conclusions des différents items psychomoteurs observés par la psychomotricienne.

- Présentation, Relationnel

Mme C. rentre facilement en relation, elle est très motivée. Toutefois, elle présente des réactions de prestance mises en évidence par de nombreux balancements de droite à gauche, et adopte une posture repliée, ses épaules sont fermées vers l'avant.

Mme C. évoque à plusieurs reprises des éléments de vie douloureux et manifeste un besoin d'être écoutée et accompagnée. Elle accorde beaucoup d'importance aux regards que les autres portent sur elle.

- Tonus

Les différentes épreuves du tonus mettent en évidence un tonus de fond constamment élevé, entravant le relâchement tonique ainsi que la fluidité gestuelle. Mme C. aborde une posture relativement rigide et figée associée à un recrutement tonique important. Sa respiration est très courte et bloquée, elle semble assurer le redressement du buste figeant le haut de son corps. Le maintien de cette posture nécessite un recrutement du tonus pneumatique.

- Motricité globale, coordinations et équilibres

Mme C. présente une désorganisation motrice globale, la coordination et la dissociation sont complexes pour elle.

L'équilibre dynamique est difficile pour Mme C. Elle évoque de nombreuses entorses qui peuvent témoigner d'une proprioception déficitaire. Ses appuis sont mal assurés et sa démarche est chaloupée.

L'équilibre statique de Mme C. est très précaire, sûrement en lien avec ses appuis fragiles.

- Schéma corporel et image du corps

Mme C. a une bonne connaissance de son schéma corporel, bien qu'elle se trouve en difficulté à l'expression de ses ressentis corporels.

Mme C. dit qu'elle ne supporte pas l'image de son corps, il la dégoûte. Mme C. semble utiliser son corps de façon instrumentale et opératoire plutôt que comme un vecteur de communication et d'expressivité.

- Espace-Temps

Mme C. se représente peu son corps dans l'espace, ce qui explique en partie sa désorganisation spatiale et sa difficulté à organiser et à exécuter un geste.

Mme C. a un tempo spontané rapide. Elle présente une certaine impulsivité qui semble lui permettre de compenser sa posture et son défaut de conscience corporelle. L'adaptation à un rythme reste difficile, en lien avec sa régulation tonique, sa posture et son équilibre.

- Emotions et expression

Mme C. présente une expressivité mimo-gestuelle très pauvre. Ses mimiques sont figées, mais son regard quant à lui est très investi.

- Attention, cognition

Mme C. semble avoir besoin d'anticiper les événements pour pouvoir les appréhender sereinement. Ses capacités cognitives sont bonnes, bien que la précipitation et l'impulsivité lors de certaines épreuves peuvent laisser penser le contraire.

- Conclusion et projet psychomoteur

La construction psychomotrice de Mme C. lui offre peu de stabilité et de solidité interne. Elle semble compenser cela par une carapace tonique et un besoin de maîtrise important. Il est difficile pour Mme C. de ressentir son corps, ce qui l'entrave dans la représentation et dans la gestion de celui-ci dans l'espace.

À l'issu de ce bilan, un travail en psychomotricité en séances individuelles hebdomadaires est indiqué, à partir de septembre. Le projet psychomoteur vise à travailler autour de la conscience corporelle afin que cette patiente puisse investir son corps, qu'elle prenne conscience de ses sensations et qu'elle apprenne à les écouter et à les identifier. Le projet psychomoteur consistera ainsi à proposer à Mme C. des expériences tant motrices que sensorielles dans le but d'accéder à un travail de réinvestissement de l'espace corporel et relationnel.

2.3 Ma première rencontre

Avant de rencontrer Mme C., ma maître de stage me présente brièvement son histoire. Je me surprends à imaginer ce à quoi Mme C. peut ressembler : un physique atypique, une présentation corporelle particulière, un corps négligé.

Ma maître de stage a seulement rencontré une fois Mme C. lors du bilan psychomoteur. Le suivi en psychomotricité débute donc pour nous trois, lundi le premier jour de mon stage. La psychomotricienne me laisse alors l'opportunité d'être en coanimation et de proposer des expériences qui me semblent adaptées si j'en ai envie étant donné que le suivi débute. Je rencontre pour la première fois Mme C. dans la salle d'attente. C'est une femme de taille moyenne, en surpoids. Ses cheveux bruns et lisses sont tirés en arrière et attachés en queue de cheval. Elle est vêtue de vêtements noirs et larges. Elle est assise sur un fauteuil en attendant qu'on vienne la chercher pour venir en séance. Je la salue et me présente.

Elle est déjà prévenue de mon arrivée en stage et accepte d'emblée que je l'accompagne pour sa première séance de psychomotricité.

Ma maître de stage invite Mme C. à nous suivre en salle de psychomotricité.

Dès les premiers instants, j'ai été touchée par la structuration corporelle de Mme C., c'est pourquoi j'ai choisi d'écrire ce mémoire autour de cette patiente. En effet, Mme C. se relève du fauteuil de manière explosive et désorganisée. Elle en laisse tomber son sac à main, ce qui m'interpelle. Je suis Mme C. dans le chemin entre la salle d'attente et la salle de psychomotricité. La marche lui semble coûteuse et difficile, elle se tient très droite. Elle m'apparaît étreinte dans son corps, aucune dissociation ne semble possible entre sa ceinture scapulaire et pelvienne.

3. Découvrir son corps

3.1 Rencontrer son corps et ses sensations

Mme C. est enjouée à l'idée de commencer cette première séance de psychomotricité, elle se montre volontaire et curieuse, en recherche de compréhension par rapport à son corps. Elle nous dit qu'elle ne le connaît pas.

Nous commençons alors cette première séance par un scan corporel, c'est-à-dire un état des lieux du corps permettant de faire le point sur l'état corporel et psychique de l'instant présent. Il s'agit d'un temps sur lequel Mme C. peut s'appuyer pour se recentrer sur son corps et ses sensations corporelles. Nous commençons le scan corporel, en dirigeant notre attention sur nos appuis en contact avec le sol, et essayons de décrire ce contact : est-il profond ou superficiel, nos appuis sont-ils stables ? Dans un second temps, la psychomotricienne demande à Mme C. d'être vigilante à ses sensations corporelles, d'identifier les régions tendues/détendues, crispées/relâchées, la température, la texture, le visuel, les odeurs, les sons, et les douleurs.

À la fin de cette expérience, la psychomotricienne instaure un temps d'échange sur le vécu de cette expérience. Au début la mise en mots de Mme C. est difficile. Elle dit seulement que c'est « agréable ». Pour l'aider, je lui propose alors des mots renvoyant à des sensations comme dur/mou, chaud/froid, lourd/léger etc. Elle se saisit de ces termes et parvient à préciser davantage ses sensations. À mon sens, l'ensemble de ce scan corporel a pour objectif d'orienter l'attention de Mme C. sur son propre corps pour la rendre disponible à elle-même et s'approprier diverses sensations corporelles et sensorielles.

Nous poursuivons cette séance en invitant Mme C à explorer les particularités sensorielles de la balle lestée sur son corps, à travers des percussions. J'oriente l'attention de Mme C. en nommant les différentes parties touchées pour l'amener à construire des représentations mentales associées à la sensation corporelle produite. En effet, les percussions de la balle sur la structure osseuse provoquent des vibrations qui se propagent dans le corps entier. Elle me répond alors en me disant que les percussions lui permettent de prendre conscience et de ressentir la structure de son corps jusqu'au système osseux. Au fil des passages de la balle sur son corps, je remarque que Mme C. tape assez fort la balle contre ses os, j'entends le bruit de ses coups sur son squelette. J'ai l'impression que pour Mme C. il est important de taper fortement afin de ressentir son corps. Je me questionne sur ce qu'elle cherche à ressentir. Aurait-elle besoin de se taper fortement afin de ressentir quelque chose en elle ? Lors de cette expérience Mme C. est concentrée, à l'écoute, mais dans un recrutement tonique important. Lorsque la psychomotricienne l'interroge, Mme C. dit qu'en effet lors de certains moments elle peut ressentir des douleurs. Mais elle n'adapte pas ses percussions et sa force pour diminuer cette douleur naissante. Je m'interroge alors sur le rôle que prend cette douleur pour Mme C.

3.2 La respiration pour sentir et percevoir

Lors de la deuxième séance j'ai pu observer qu'il arrive très souvent que Mme C. soit essoufflée, ou bien en apnée. Je décide alors de faire une séance axée sur la respiration, dans la continuité des réappropriations des sensations corporelles. Mme C. se montre intéressée par ma proposition. Elle me dit qu'elle ne porte jamais attention à sa respiration, bien qu'elle sache que celle-ci est influencée par ses actions, ses émotions. Elle évoque une respiration automatique, restreinte et située au niveau thoracique. Le but est donc d'amener Mme C. à expérimenter les différentes variations possibles de la respiration, aussi bien au niveau de la localisation, que de l'amplitude et de la vitesse.

Tout d'abord, j'ai proposé à Mme C. de sentir la localisation des mouvements d'inspiration et d'expiration, au niveau de la cage thoracique (dans les parties haute/ basse/ avant/arrière des côtes) et au niveau de l'abdomen.

Mme C. s'allonge au sol, pose une main sur son ventre et l'autre sur sa poitrine afin de percevoir le trajet de la respiration à chaque « étage » du buste et le va et vient de celle-ci. Dès les premières respirations elle tente immédiatement de contrôler son souffle, avant de l'accueillir. Au cours de mes indications, le rythme respiratoire de Mme C. se fluidifie et son amplitude respiratoire augmente. À l'aide d'images mentales je lui propose d'imaginer, le circuit de l'air à travers son corps. Je l'invite à inspirer par le nez en gonflant son ventre,

tout en visualisant un ballon se gonfler. En effet, je lui explique que le diaphragme se contracte et s'abaisse, que les côtes s'écartent et que la cage thoracique s'ouvre. J'insiste également sur l'air plutôt frais et sec qui entre par les narines. Puis, j'invite Mme C. à expirer lentement par la bouche en rentrant progressivement le ventre, comme s'il venait se coller à la colonne vertébrale. J'indique à Mme C. que lors de l'expiration par la bouche, le diaphragme se relâche et il remonte dans la cage thoracique, les côtes s'abaissent et le ventre se relâche. Je lui propose ensuite d'essayer de sentir la différence de l'air qui ressort de la bouche davantage chaud et humide.

Pour accentuer cette prise de conscience je passe par le toucher. En appliquant mes mains à différents endroits de sa cage thoracique et de son abdomen, je la guide verbalement pour qu'elle dirige sa respiration vers les parties touchées. Ensuite, je lui soumets l'idée de toucher elle-même son abdomen et sa cage thoracique pour discerner le mouvement respiratoire sous ses mains. Mme C. dit qu'accompagnée elle arrive à prendre conscience de cette respiration et à agir dessus mais que seule elle a beaucoup de difficultés ; sa respiration est toujours bloquée au niveau de la cage thoracique. Elle se sent oppressée.

4. S'approprier un corps solide

Grâce aux séances précédentes, une relation bienveillante émerge entre Mme C. et moi-même. En décembre il est décidé avec ma maître de stage que je mène les séances seule avec Mme C. J'ai alors envie de lui proposer diverses expériences autour de l'exploration des appuis corporels afin que Mme C. puisse ressentir plus clairement son corps de manière solide et donc sécurisée. En outre, l'exploration des appuis, et de la charpente osseuse aurait pour visée de l'aider à verbaliser ses ressentis et de l'emmener à découvrir diverses sensations sans pour autant recourir à des stimulations extrêmes.

4.1 Le poids et les appuis

Nous commençons la séance par l'éveil corporel. Puis, je propose à Mme C., une expérience autour des appuis en décubitus dorsal pour commencer. En premier lieu, je propose à Mme C. de porter son attention sur les parties de son corps en contact avec le sol. Je viens renforcer la sensation d'appui en venant toucher de manière appuyée la structure osseuse impliquée dans l'appui, à chaque changement de posture. Par exemple, lorsque Mme C. est sur le côté, je viens appuyer sur ses épaules. J'observe que ce contact permet de lâcher son tonus élevé. En effet, elle se dépose davantage dans le sol et la surface de ses appuis s'élargit.

De plus, lorsque je la touche, je sens qu'elle expire de manière forte comme si avant mon toucher elle était en apnée. À chaque changement de posture Mme C. se fige, recrute une force importante pour maintenir sa position. J'ai l'impression qu'elle lutte : sa respiration est courte et rapide. Et, une fois que je viens appuyer sur les parties de son corps impliquées dans l'appui elle se relâche. Un aller-retour entre tension et relâchement s'effectue alors. Ainsi, cet exercice montre un recrutement tonique important chez Mme C. Je m'interroge sur sa fonction : s'agit-il d'une carapace tonique permettant de mettre à distance les ressentis corporels et émotionnels de Mme C. ?

Lors du temps de verbalisation, Mme C. dit qu'elle apprécie expérimenter un travail au sol. Ce support lui permet de mieux sentir et restituer ses perceptions sensorielles et corporelles, elle peut noter des sensations de chaleur et de pesanteur au niveau des points d'appuis avec le sol. Elle me décrit alors un corps global, articulé et logique. Mme C. évoque également que ce support lui amène un plaisir et une sécurité : « au sol je suis en sécurité il ne peut rien m'arriver je peux alors explorer la salle et mes mouvements en toute liberté ». Elle reconnaît malgré tout que certaines positions sont sources de douleur pour elle, notamment au niveau des articulations, et elle essaye de mettre en place des adaptations. Je suis agréablement surprise qu'elle prenne conscience et soit à l'écoute de ses signaux douloureux et essaye de trouver des aménagements dans sa posture. C'est récemment que Mme C. prend le temps d'identifier ses sensations corporelles et s'adapte en fonction de celles-ci.

La séance suivante, nous poursuivons les expérimentations autour des appuis et du repoussé en se mettant debout cette fois-ci, dos contre le mur. Après un inventaire des parties du corps qui sont en appui avec le mur. Je propose à Mme C. de se mettre dos au mur et de s'appuyer contre celui-ci. Avant même de prendre appui sur le mur, Mme C. m'interpelle pour me dire qu'elle a peur que le mur ne tienne pas, de passer au travers. Je suis alors surprise. En effet, ce mur m'apparaissait comme solide, dur, pouvant tout à fait supporter des pressions et un poids très important. Nous échangeons alors sur son angoisse, elle me dit qu'elle a peur que le monde s'effondre sous son poids, même si elle a conscience que cette peur paraît peu plausible en réalité. Pour la première fois depuis le début du suivi en psychomotricité elle me confie ses craintes, ses angoisses et fait des liens avec sa vie personnelle. Elle me dit que toute sa vie elle n'a pu compter que sur elle-même, qu'elle ne peut s'appuyer sur personne. Mme C. se dit anxieuse du fait de devoir dépendre ou de s'appuyer sur quelqu'un, craignant que celui-ci ne s'enfuit. Elle déclare « j'ai peur qu'on m'abandonne comme le père de mon fils alors que j'étais tout juste enceinte ». Elle note cependant que ce besoin de maîtrise et de contrôle rend le quotidien difficile et fatigant.

Après cet échange, je propose tout de même à Mme C. de venir tester la solidité du mur. Elle commence en se mettant de profil contre le mur, prenant appui sur son épaule et sur son bras. Sa surface d'appui contre le mur est petite, il est alors difficile de s'appuyer sur le mur de manière stable. Je décide de placer une couverture entre le mur et le dos de Mme C. afin de l'aider dans cette expérience mais également pour la rassurer. Je tiens les deux pans de la couverture afin que Mme C. se sente contenue et enveloppée. En tirant la couverture vers moi de manière progressive, j'accompagne Mme C. à sentir si elle est réellement appuyée contre le mur. Elle est alors beaucoup plus détendue, en effet je perçois progressivement son poids qui se dépose dans le drap. Elle me dit qu'elle se sent désormais en sécurité et parvient à prendre du plaisir dans cette expérience d'appui. Lors de ces séances autour des appuis, Mme C. est invitée à investir son corps comme un appui et ainsi prendre conscience de sa solidité et de sa structure. L'intégration de ces caractéristiques permet progressivement à Mme C. d'aborder un meilleur équilibre psychomoteur.

4.2 Les diverses étapes jusqu'à la verticalisation

Pour cette huitième séance je propose à Mme C. d'aller au sol, de travailler sur les différentes postures du développement psychomoteur permettant d'accéder à la position verticale à partir de la position décubitus dorsale, en passant par des positions intermédiaires (allongé sur le côté, à plat ventre, assis, à quatre pattes). En revisitant les niveaux d'évolution motrice (N.E.M.), Mme C. va notamment solliciter différents points d'appuis de son corps à partir desquels, elle va pouvoir libérer d'autres segments corporels plus distaux. En effet, les capacités de contrôle et de répartition du tonus permettent progressivement à Mme C. de jouer avec ses points d'appuis, avec les déséquilibres posturaux et les transferts de poids.

Nous commençons dans la position décubitus dorsal. J'invite Mme C. à être attentive à ses appuis au sol et à essayer différents schèmes pour arriver allongée sur le côté puis sur le ventre. Mme C. parvient à se mettre sur le côté grâce aux déséquilibres de ses jambes mais une fois sur le côté elle s'effondre en décubitus ventral. Cela est récurrent chez Mme C. dans le passage d'une position à une autre. Elle ne contrôle pas le mouvement et s'effondre sur le sol de manière violente, cela produit un bruit fort. En observant Mme C., j'ai l'impression qu'elle recherche un contact dur au niveau de son corps. Ressent-elle son corps uniquement dans la force et avec des contacts durs ? J'ai l'impression qu'elle cherche à ressentir ce qui est fort et solide à l'intérieur d'elle, ce qui tient, ce qui lui permet de tenir.

Par la suite je lui propose d'essayer, d'expérimenter différentes manières de se retourner, de s'enrouler, de se relever. Son allure est très rapide. Le tonus élevé est visible dans son tronc et dans ses membres supérieurs.

Les niveaux d'évolution motrices désignent des enchaînements, des déplacements nécessitant la mise en jeu et le contrôle de postures impliquant tout le système musculaire et articulaire mais n'impliquant pas un recrutement tonique très élevé ainsi qu'une grande force musculaire. Cependant, pour Mme C., cet enchaînement de posture est énergivore : elle retient sa respiration et déploie une force musculaire importante. En effet, Mme C. peut dire qu'elle est essoufflée, qu'elle a chaud.

En reprenant les mêmes enchaînements qu'elle, je lui propose de se relâcher, de diminuer son rythme et de prendre conscience de sa respiration. Mon accompagnement a pour objectif de l'inviter à identifier ses mouvements et prendre conscience de son ancrage dans le sol. Mme C. peut alors s'ajuster en observant mes mouvements et en prenant en compte mes indications verbales. Elle semble être sensible aux appuis extérieurs, visuels et sonores. Ces appuis sur l'environnement humain pourraient-ils l'accompagner à nuancer ses expériences et à réguler sa tonicité ? Progressivement, j'observe que la motricité de Mme C. est plus libre, ses gestes prennent davantage de place dans l'espace. Je lui demande alors si elle perçoit différemment son corps et comment il fonctionne lors de ces enchaînements. Mme C. est en difficulté pour expliquer ce qu'il se passe dans son corps. Pour l'aider je l'invite à placer sous son bassin un ballon souple peu gonflé et lui propose d'enrouler et de dérouler son bassin. Par l'intermédiaire du ballon Mme C. peut dire qu'elle sent que chaque mouvement du corps est initié du bassin. Mme C. semble être surprise de ce fonctionnement et amorce d'elle-même plusieurs mouvements afin de percevoir les sensations engendrées dans son corps.

4.3 S'appuyer sur l'autre

Au cours des trois premiers mois une relation de confiance se noue entre Mme C. et moi. Je fais l'hypothèse que cette dimension relationnelle a favorisé chez la patiente l'expression de son vécu corporel et psychique en appui sur la confiance et la bienveillance instaurées en séance.

Au vu de cette évolution, je propose un jeu qui aborde le déposé du poids du corps sur l'autre. Nous commençons par déposer nos poids et nos appuis de manière alternée l'une sur l'autre en station assise dos à dos. Mme C. commence dans la position qui se laisse porter et je la soutiens. Elle s'autorise peu à déposer son poids sur moi et évoque qu'elle a l'habitude de tout faire toute seule et se reposer sur l'autre est difficile et inhabituel.

Cependant, elle dit que savoir qu'elle est assise avec une grande surface d'appui au sol la sécurise. Pour l'aider je passe par l'imaginaire, je prends le rôle d'un arbre sur lequel elle doit s'appuyer. Mme C. de manière progressive vient alors un peu plus déposer son poids contre moi. Je sens qu'elle dépose en premier son dos, puis ses épaules et enfin sa tête. Dans ces moments où Mme C. s'appuie sur moi, je suis d'abord en difficulté, je me sens m'enraidir. Pendant cette proposition, Mme C. me confie le poids de sa tête et je me rends alors disponible pour elle au point qu'il m'est difficile de m'écouter. Mauvaises postures, tensions, respiration coupée... Je tiens littéralement pour l'autre, sans issue pour me relâcher. Le paradoxe se situe dans le fait qu'ainsi rigidifiée, il me devient difficile d'entendre quelque signe de son état corporel : je suis comme un support sur lequel s'appuyer. Prenant conscience de mon état corporel et tonique, je prends le temps de respirer amplement, de changer de position afin d'être plus stable pour accueillir Mme C. de manière plus sécurisée et pérenne. Ainsi, nous accédons toutes les deux à un travail de régulation tonique autour des appuis.

Puis nous échangeons les rôles, Mme C. prend le rôle de « l'arbre ». Elle se tient droite, ses pieds reposent entièrement sur le sol, elle semble prête à recevoir mon poids. En effet, lorsque je suis entièrement appuyée contre elle, elle ne bouge pas, elle est solide. Elle est immobile au point de ne plus respirer, elle est en apnée. Son corps est figé, elle présente une hypertonie dans le corps entier. Lors de ce premier exercice nous partageons une expérience commune avec Mme C. En effet, nous avons chacune eu des difficultés dans un premier temps à écouter nos propres sensations corporelles dans le rôle de « l'arbre ». Nous étions focalisées sur l'accueil du poids de l'autre.

À la fin de cet exercice Mme C. me dit prendre conscience que la personne en soutien peut elle-même s'appuyer sur l'autre et que cela lui renvoie une notion de confiance agréable. Je lui propose alors de continuer l'exercice mais cette fois en déposant nos poids de manière simultanée l'une contre l'autre. Debout dos à dos, nous déposons ensemble et de manière progressive nos poids respectifs l'une contre l'autre. Dans cette position, le poids déposé par Mme C. reste minime. Elle éprouve des difficultés à se laisser porter lorsqu'elle est debout, elle est en apnée, elle tente de se tenir elle-même, ce qui donne naissance à des tensions musculaires. Elle s'agrippe à son corps. Craint-elle d'être lâchée ? Son hypertonie dorsale est-elle en lien avec le danger que représente l'espace arrière ? Dans cette position Mme C. est privée de la vue, et ne peut savoir ce qui se passe derrière elle, contrôler l'environnement extérieur s'avère donc plus délicat, or le besoin de maîtrise est très présent chez Mme C. Ces différents exercices ont permis d'aborder la dimension relationnelle. En effet, donner son poids à un tiers implique la notion de confiance en l'autre,

de même que la confiance en son propre corps pour tenir celui de l'autre. À nouveau lors de cette séance Mme C. fait des liens entre ce qu'elle a ressenti pendant la séance et son histoire personnelle. Elle évoque qu'elle n'a jamais pu s'appuyer ni sur ses parents, ni sur le père de son enfant, elle ne peut compter que sur elle-même.

Finalement, en revisitant ainsi les différentes fonctions que constituent les appuis psychocorporels, progressivement, Mme C. a gagné en sécurité. La découverte de cette sécurité interne m'amène à me poser des questions sur un nouvel élan possible. Une ouverture sur la remise en mouvement vers l'extérieur est-elle désormais possible ?

5. Structuration psychocorporelle à travers le mouvement

Les premiers mois de suivi avec Mme C. ont permis de retrouver une certaine sécurité corporelle à partir des différents appuis aussi bien sur soi que sur l'autre.

À partir de janvier 2021, je choisis d'orienter la prise en charge vers ce qui dirige Mme C. au quotidien, à savoir une recherche de mouvement continu. Or habituellement, elle adopte une façon de se mouvoir sans aucun plaisir, uniquement de manière instrumentale et dans la douleur. Je me dirige vers des exercices dynamiques, afin de travailler sur son aisance corporelle, sur l'harmonisation du tonus et sur le plaisir sensori-moteur. Cette nouvelle direction reste donc en accord avec les objectifs primaires, c'est le moyen employé qui évolue. C'est à travers diverses expériences sensori-motrices, notamment par le biais du support musical, que je veux désormais proposer à Mme C. de travailler autour de son investissement corporel. Je vais présenter ici quelques moments cliniques où Mme C. s'implique corporellement dans le mouvement.

5.1 Le mouvement dansé

Je propose à Mme C. d'explorer différents déplacements en faisant varier ses appuis plantaires : sur les talons, les orteils, l'intérieur du pied, l'extérieur du pied, le plus fort possible etc. Cependant, elle exécute l'exercice sans le vivre pleinement. Mme C. est recroquevillée sur elle-même. Elle investit peu l'espace et s'engage de façon superficielle dans l'expérience, restant tendue et contractée. Ses tensions corporelles et son besoin de contrôle donnent l'impression que Mme C. est coincée dans ses vêtements, les épaules hautes, les jambes serrées, les mains posées sur ses cuisses. Elle cherche mon regard, guette chacun de mes mouvements, chacune de mes émotions. Je me surprends alors à exprimer davantage mes émotions, en utilisant le mime afin qu'elle trouve appui dans mon expression corporelle lors de cette expérience.

Je lui propose alors de choisir la musique sur laquelle nous allons évoluer. Peu à peu elle se laisse porter par cette enveloppe sonore, investit le mouvement dansé avec plaisir et aisance. J'observe alors, surprise, l'évolution nette de l'engagement corporel de Mme C. au cours de cette même séance. Plus le rythme de la musique s'accélère plus elle s'ouvre. Mme C. semble libérer sa motricité : ses mouvements sont amples, elle investit l'ensemble de l'espace de la salle, sa distance relationnelle est adaptée et elle rit aux éclats, laissant ses émotions s'extérioriser dans cette forme de décharge corporelle que pourrait représenter le rire. « On se lâche ! » peut-elle dire. Pour la première fois malgré la présence de son masque je peux voir son visage s'illuminer et ses yeux briller. Cette expérience motrice crée un espace partagé du côté du relationnel, du sensoriel et de l'émotionnel. À travers l'expérimentation de son corps en mouvement la patiente est amenée à réexplorer sa structure corporelle lui permettant de se mouvoir dans l'espace en toute sécurité. De plus, ces expérimentations sensori-motrices en musique permettent à Mme C. de faire émerger la valeur d'expressivité de son corps. La musique semble l'aider à éprouver du plaisir dans son corps.

À la fin de cette séance, je trouve Mme C. plus investie dans sa motricité d'expression, plus impliquée avec tout son corps dans les déplacements. Elle peut dire aussi, qu'elle se sent plus ancrée et plus relâchée. Le travail en mouvement soutenu par la musique, mais aussi par le corps de l'autre semble avoir permis à Mme C., le temps de cette séance, de s'impliquer corporellement de manière plus globale, à travers le relâchement et l'ancrage au sol.

Au fil des séances Mme C. est moins attachée aux consignes. Son besoin de contrôle et de maîtrise semble diminuer. Elle paraît plus disponible à employer cet espace-temps de la salle de psychomotricité comme un laboratoire pour étudier son fonctionnement, mieux le comprendre et s'essayer à différentes qualités de mouvements et de modalités relationnelles.

5.2 Aïkido

Après plus de quatre mois de suivi, la prise en charge psychomotrice avec Mme C. touche à sa fin, effectivement il avait été convenu avec l'équipe médicale que ce suivi soit court afin de laisser par la suite place à une prise en charge groupale. Pour les dernières séances il m'apparaît intéressant d'intégrer à nouveau ma maître de stage dans les séances. En effet à la suite de ce suivi individuel Mme C. va intégrer un groupe, il me semble donc pertinent d'ajouter un tiers lors des prises en charge. Par ailleurs, je pense que la médiation d'aïkido serait judicieuse à aborder pour Mme C. Or, ma maître de stage

est expérimentée dans cette pratique. L'aïkido met en évidence la nécessité d'être dans l'échange avec son partenaire d'une part pour construire la technique, d'autre part pour partager un espace commun tout en préservant son intégrité physique et psychique, en venant convoquer les enjeux de la relation infraverbale. Le but de ces séances d'aïkido avec Mme C. est de lui permettre une meilleure compréhension du fonctionnement corporel en portant l'attention sur chaque partie du corps. De plus, cette médiation permet d'aborder l'articulation du corps dans l'espace. L'aïkido est un art martial sans compétition à travers lequel il s'agit de neutraliser une situation violente sans utilisation de force physique. Tout se joue dans le positionnement, le placement dans l'espace par rapport au partenaire et dans la capacité à mobiliser son axe corporel en jouant sur l'équilibre et le déséquilibre.

Nous commençons par des exercices individuels afin de prendre conscience de l'utilisation du corps dans l'enchaînement de postures. Lors des premiers exercices, Mme C. présente des appuis peu stables : ses talons se décollent constamment du sol, la répartition de son poids n'est alors pas adaptée et cela entraîne un équilibre précaire. La réalisation des différents coups de pieds dans les trois directions de l'espace (avant, arrière et côté) est alors difficile pour Mme C. Son bassin n'est pas orienté dans la même direction que sa jambe avant mais reste figé, elle manque plusieurs fois de chuter.

Lors de la réalisation des différentes techniques d'aïkido que nous proposons à Mme C., la dynamique tonique doit varier en lien avec la puissance du geste. La régulation tonique est alors une notion clef, en effet Mme C. a pu expérimenter que lorsqu'elle met trop de force dans son geste ou au contraire pas assez, les coordinations entre les membres supérieurs et inférieurs sont désorganisées.

Puis, nous continuons par une expérience duelle. Il s'agit en premier lieu d'attaquer l'autre en avançant vers lui et en cherchant à le toucher au niveau du ventre en s'arrêtant à temps, l'autre doit esquiver « l'attaque ». Mme C. bouge dans un espace confus et désorganisé. Dans ces conditions il est compliqué d'inviter l'autre dans cet espace. Ses gestes ne sont pas toujours orientés. Alors, moi-même je ne sais pas où me positionner dans l'espace en attendant son attaque. Bien que l'exercice soit défini par des consignes impliquant des attaques déterminées à droite, à gauche puis devant. Mme C. ne réalise pas toujours l'enchaînement dans le bon ordre, je me trouve donc désorganisée dans mes gestes ne pouvant anticiper de quel côté me déplacer. C'est pourquoi, je propose à Mme C. de d'abord me décrire verbalement les différents gestes à effectuer sans passer par leur réalisation. Cependant, Mme C. parvient seulement à verbaliser le déroulement de son geste quand elle le réalise. Nous essayons alors ensemble de s'imaginer les divers mouvements à faire sans s'appuyer sur le geste. Partie du corps après partie du corps nous

décrivons les différents enchaînements moteurs. Le bras droit se tend vers l'avant lorsque la jambe droite avance, et le poing droit reste fermé tout au long de l'enchaînement. Nous évoquons également le transfert des points d'appuis qui évoluent lors de cet enchaînement, en effet le poids du corps passe du pied au gauche au pied droit. Ainsi après avoir intégré les divers gestes à effectuer Mme C. a pu coordonner et diriger les différents mouvements vers la destination spatiale voulue. De plus, l'équilibre trouvé par Mme C. grâce à des appuis plantaires ancrés complètement dans le sol, un centre de gravité bas et une ligne de gravité qui tombe dans la base de sustentation lui ont permis de mouvoir son corps dans un espace adapté.

La difficulté de Mme C. à partager son espace commun avec un partenaire est revenue lors de plusieurs séances autour de cette médiation. Mme C. se positionne très près de moi, la distance relationnelle m'apparaît alors trop courte. Mme C. semble en recherche d'une forme de contact et d'attention. Cependant, elle se montre très prudente et elle ne me touche pas. En effet bien que Mme C. soit proche de moi et qu'elle pourrait me toucher, elle bloque l'attaque trop tôt, bien trop loin de mon ventre. La psychomotricienne l'accompagne alors par sa voix. Ce soutien verbal permet progressivement à Mme C. de stopper son geste au moment propice tout près de moi mais sans me toucher. La gestion tonico-émotionnelle est difficile, elle rit nerveusement, recule, avance cherche un positionnement juste dans l'espace. Nous poursuivons cette médiation sur une dizaine de séances au fil du temps Mme C. semble davantage à l'aise et assurée dans cet exercice, son positionnement dans l'espace est adéquat. Elle ne présente plus de rire de prestance, en effet sa régulation tonique est efficace et cela lui permet d'associer souplesse vitesse et efficacité. Elle a beaucoup progressé, elle se tient droite et a l'air plus confiante. Je me demande alors ce qui a pu permettre cette évolution. La répétition de cet exercice lui a-t-elle permis de se l'approprier progressivement ?

Pour conclure sur ces différents passages cliniques, il est fortement possible que le travail autour des appuis ait permis à Mme C. de percevoir son corps et ses sensations différemment : l'éprouvé d'un corps suffisamment sécurisé. Ainsi, en s'appuyant sur le corps et sur les fonctions d'appuis, de régulation tonique et d'équilibre, nous avons vu qu'elle a pu faire l'expérience d'un corps davantage différencié et solide. Au début du suivi, Mme C. était en difficulté pour identifier ses sensations corporelles en dehors de la sensation de manque et des *cravings*. À partir d'un travail autour des diverses structures corporelles, nous avons pu aborder les sensations qui informent de l'état de tension du corps (respiration, tonus) et de la position des différents segments du corps (os, articulation) dans l'espace. Désormais, elle apporte plus d'attention au quotidien à ses sensations

considérées jusqu'ici comme des signes indiquant qu'elle a besoin de consommer. Les sensations redeviennent également vectrices de messages, agréables, désagréables et informatifs. C'est à travers une mise en sens, une écoute attentive du corps, que le travail commence réellement. Il s'agit d'une amorce nécessaire pour aborder ensuite l'expérience autour du mouvement.

À partir du quatrième mois de suivi, les séances se sont tournées autour du mouvement dansé et de l'aïkido. J'ai alors porté un regard nouveau sur Mme C. En effet, lorsqu'elle est en mouvement elle montre désormais un certain lâcher prise. Elle s'est laissée porter vers de nouvelles expériences. Quittant sa maîtrise quotidienne au profit d'une dimension de plaisir. Ainsi, Mme C. semble désormais en mesure de s'émouvoir et une élaboration mentale semble possible. La patiente dit qu'elle prend davantage conscience de ses émotions, cela lui permet de mieux appréhender les situations jugées déstabilisantes sans avoir recours tout de suite à l'objet addictif. Ainsi, elle observe une baisse de sa consommation d'alcool et de cannabis. Mme C. retrouve peu à peu confiance en elle, et se dit fière de voir que ses consommations diminuent. Au fil des séances, son discours manifeste des envies et des demandes. Elle remarque également ces changements dans sa vie familiale où elle affirme davantage sa place et prend des décisions.

À travers les expériences de conscience corporelle utilisées, je me demande si Mme C. pourra assurer une continuité dans son évolution, afin qu'elle puisse se saisir de ses nouvelles habitudes corporelles et ressources pour apaiser ses différents *cravings* encore très présents. En effet, la problématique addictive est difficile à enrayer.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

La rencontre avec Mme C. m'a principalement interrogée sur la place du corps dans la problématique addictive. Or le psychomotricien travaille à partir du corps, l'approche psychomotrice semble alors indiquée au sein de la population atteinte de trouble de l'usage. Dans cette partie théorico-clinique, j'évoquerai quelques pistes de réflexion afin de tenter d'expliquer comment les expériences psychomotrices utilisées lors de la prise en charge avec Mme C. permettent de soutenir sa réappropriation corporelle. Dès lors, comment la psychomotricité peut-elle permettre de reprendre appui sur un corps tantôt surinvesti, tantôt anesthésié par la problématique addictive ? Aux regards des concepts théoriques et de la clinique que j'ai pu énoncer précédemment, je vais tenter de montrer comment le travail corporel effectué en psychomotricité permet un appui dans la mise en place d'un corps solide, incarné et en relation.

1. Faire l'expérience d'un corps solide

Nous avons abordé dans la partie théorique la notion de schéma corporel, impliquant notamment la capacité à reconnaître les limites corporelles, le volume du corps, ainsi que l'orientation de celui-ci dans l'espace.

Cependant, nous avons vu auparavant, que selon les substances consommées des modifications corporelles particulières peuvent apparaître. Le schéma corporel est ainsi remanié aussi bien lors de la durée de consommation qu'en dehors. Les personnes addictes peuvent alors avoir le besoin de ressentir physiquement leur corps, leurs différents points d'appuis, et leurs limites corporelles. Cela est notamment le cas pour Mme C. qui est à la recherche de limites corporelles du côté du « dur ». Les propositions visant à expérimenter un corps existant et solide sont riches. Elles peuvent par exemple s'appuyer sur l'expérimentation des sensations et des appuis.

1.1 Douleur'encorps

Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) cité par INSERM, la douleur constitue une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». (INSERM, 2016). Les patients admis au centre ambulatoire d'addictologie présentent fréquemment des douleurs : dorsales, dentaires, musculaires mais aussi des problèmes cardiaques et pulmonaires. En plus des douleurs physiques, les patients dépendants que

je rencontre ont souvent des histoires de vie douloureuses qui leur provoquent des souffrances morales pénibles. Nombreux d'entre eux ont subi des formes de violences physiques, des abus sexuels. Quand ces douleurs physiques et psychiques, ces souffrances, deviennent trop insupportables, les substances psychogènes prennent le relais, abreuvant le système de récompense. La dimension « anesthésiante » de la substance a pour but le retour au calme de l'appareil psychique sans toutefois satisfaire le besoin initial. La psychologue Sczepaniak (2016) explique que « le corps est le moyen, l'outil, qui évacue tout affect pour ne pas avoir à l'élaborer, le penser ». C'est pourquoi le sujet va alors être obligé de répéter ces procédés de manière compulsive et croissante, allant jusqu'à se mettre en danger. J'émetts alors l'hypothèse que Mme C. pousse son corps dans ses limites à travers ses diverses addictions afin d'étouffer ses affects. En effet, comme nous avons pu le voir dans le bilan psychomoteur, l'accessibilité des émotions et des vécus affectifs est complexe pour Mme C. Ainsi, les diverses addictions apparaissent comme un moyen pour la patiente de s'éloigner de ses pensées et de ses préoccupations. Elle exécute son comportement addictif afin de mettre à distance son mental, tant la souffrance est grande.

Le point commun qui revient sans cesse dans les lectures concernant l'addiction et la douleur est le mot « vide ». C'est pour combler un vide que les substances sont consommées, un vide au départ émotionnel, puis un vide qui se fait sentir corporellement, jusqu'à la douleur du manque. Comme l'explique Mme C. lors du bilan psychomoteur, elle consomme du cannabis et de la nourriture, pour combler un vide, et pour s'apaiser. Elle ne mange pas par faim, mais pour se sentir « pleine ». Elle ne contrôle donc plus sa prise alimentaire. Elle ne perçoit plus les sensations physiologiques de faim et de satiété. Bien souvent après ses crises d'hyperphagie, Mme C. ressent des douleurs au niveau abdominal, des nausées... La douleur vient alors remplir, lier, colmater les brèches de Mme C. pour lui permettre de se sentir exister. Je fais l'hypothèse que pour Mme C. ressentir de la douleur est plus supportable que de ne rien ressentir du tout. En effet, avoir mal c'est aussi sentir qu'on est vivant.

De plus, les limites corporelles peuvent peu à peu s'estomper à cause de l'anesthésie sensorielle causée par le cannabis, la douleur permettrait alors de ressentir ses limites corporelles qui sont devenues peu perceptibles. Cela souligne l'importance des sensations dans les comportements d'addiction. Je me questionne alors sur la manière d'accompagner Mme C. dans la perception d'un corps plus sain ? En effet, comme nous l'avons vu dans la partie clinique, Mme C. est dans une recherche de sensations extrêmes, lors des expériences corporelles. Par exemple, lors du réveil corporel, Mme C. effectue des percussions sur sa charpente osseuse de manière très vive. Elle est à la recherche

d'éprouvés forts, de marquages de limite, et de douleurs. Je trouve donc intéressant de commencer la prise en charge de Mme C. autour des sensations corporelles afin de fixer les limites de l'enveloppe corporelle. Au départ Mme C. est en difficulté pour repérer ses limites, nous essayons alors de préciser ses perceptions corporelles en la questionnant : à quel moment arrive cette douleur, lors de quel mouvement, avec quelle intensité ? Nous travaillons à repérer cette douleur et tentons de comprendre les vécus psychiques et corporels engendrés par celle-ci.

Puis, nous invitons Mme C. à entrevoir diverses sensations, à explorer, ou à redécouvrir ses possibilités corporelles, notamment lors du réveil corporel à l'aide des palpations et des percussions. L'objectif est que cette dimension douloureuse devienne moins envahissante afin que le corps redevienne un lieu d'investissement à travers la sensori-motricité. Les différents mouvements que nous explorons n'annulent pas nécessairement la douleur mais permettent à Mme C. de sentir qu'il existe d'autres sensations dans son corps que cette douleur. En passant par des expériences nouvelles Mme C. peut éprouver que son corps procure également des sensations agréables et informatives.

De plus, même lorsque nous cessons les mouvements, les sensations durent encore un certain temps. Mme C. peut alors continuer à ressentir les sensations procurées : chaleur, étirement, picotements et s'appuyer dessus pour réaliser que son corps n'est pas seulement douloureux. Modifier la perception corporelle de Mme C. à travers les sensations ressenties a été un axe de travail majeur. Le but étant de permettre à Mme C. de se réconcilier progressivement avec ce corps quelque peu abandonné aussi bien au niveau de ses soins qu'au niveau psychique afin d'évoluer d'un « corps-objet » vers un « corps-sujet ». En effet, Mme C. a tendance à voir son corps comme un objet par lequel elle doit passer pour consommer, elle semble investir son corps seulement sur un versant instrumental et mécanique pouvant lui causer des douleurs. Ses sensations corporelles, se limitent à celles apportées par le produit. En mettant du sens sur ses douleurs, ses sensations, nous essayons d'inviter Mme C. à sentir qu'elle peut également être actrice de son corps et pas seulement le subir comme elle peut le dire.

1.2 L'intégration du schéma corporel

Dans la partie clinique, j'ai décrit l'éveil corporel d'une séance type avec Mme C. et la manière dont elle investit les percussions osseuses sur son corps. Ces percussions induisent des vibrations dans le corps entier qui permettent de ressentir le volume et la

solidité du corps. Ainsi, l'exploration osseuse à travers des frappés permet de prendre conscience de la structure corporelle. Nous avons vu que lors des premières propositions, Mme C. percute très fortement les balles ou ses doigts contre l'ensemble de son corps.

Je m'interroge sur le besoin de Mme C. de percuter aussi violemment son squelette : Souhaite-elle vérifier que sa charpente corporelle est suffisamment solide malgré l'impact des percussions ? En effet, Mme C. m'apparaît à la fois solide avec son axe corporel, sa carapace tonique, mais elle me semble également très fragile prête à s'effondrer sur le plan psychique. J'ai l'impression que cette posture très droite et cette rigidité tonique fait office d'armure pour se protéger de l'extérieur. À plusieurs reprises, Mme C. peut évoquer le danger de l'environnement extérieur, ses angoisses concernant les autres. En travaillant sur la charpente osseuse l'objectif est de permettre à Mme C. de ressentir la solidité et la sécurité de son corps.

Au fil des séances et des répétitions de cette proposition, Mme C. diminue progressivement la force des percussions osseuses. Ainsi, Mme C. semble avoir intériorisé ce vécu de solidité interne en prenant conscience de sa charpente osseuse.

Après un premier temps à distance entre Mme C. et moi-même, qui a permis de construire une relation de confiance, je lui propose de nouvelles situations où, cette fois, nous utilisons le toucher direct. Bien souvent lors de mon stage en clinique d'addictologie, je constate que la médiation du toucher thérapeutique est difficilement abordable. En effet, passer par le toucher demande une confiance réciproque entre le patient et le soignant, ainsi que l'instauration d'un lien thérapeutique, peu importe la population rencontrée. Cependant, dans la clinique dans laquelle j'effectue mon stage, de nombreux patients ont subi des violences sexuelles et physiques, le toucher peut alors être vécu comme un danger et de manière intrusive. C'est pourquoi au début du suivi avec Mme C. je n'utilise pas le toucher. Dans un second temps, je dispose d'un objet médiateur comme la balle pour toucher la patiente. Lorsqu'une relation suffisamment sécurisée est construite entre la patiente et moi-même nous expérimentons le toucher à travers le corps-corps. Arriver à cette étape me semble souhaitable car je fais l'hypothèse que ce toucher corporel contribue à structurer le schéma corporel qui peut être perturbé à la suite de prise de substances, entraînant des représentations corporelles défailtantes. Il peut être intéressant de retrouver ce toucher primaire dans lequel le psychomotricien soutiendra la restructuration du schéma corporel de son patient.

Il faut rappeler que ce toucher est présent de manière naturelle chez le bébé. Dans la partie théorique, nous avons évoqué le *holding* et le *handling*. Ces deux fonctions évoquent le soutien physique du nourrisson par sa « figure maternelle » lors des soins de l'enfant. C'est

à travers le toucher maternel, la qualité de portage, le rythme, la parole et les odeurs que l'enfant va développer une représentation de son corps.

Lors des séances suivantes je propose donc à Mme C. de venir toucher certaines parties de son corps afin qu'elle prenne conscience de ses sensations, qu'elle soit attentive à son corps. De plus, passer par le toucher d'autrui ajoute la notion d'échange relationnel entre Mme C. et moi-même. En effet, le toucher appliqué par le psychomotricien sur le patient convie une présence à soi mais également une présence à l'autre. Cette rencontre à travers le toucher permet au sujet de s'approprier les émotions, et les vécus qui émergent de ce contact. Mais également, de se représenter son corps corporellement et ainsi nourrir son schéma corporel. Nous avons étudié que les substances consommées peuvent altérer les représentations corporelles. Par le biais de mon toucher, j'essaie alors de nourrir le schéma corporel de Mme C. notamment lors de l'exercice où j'effectue des pressions sur les parties de son corps en appui avec le sol. Je cherche à stimuler ses sensations corporelles et sensorielles dans toutes ses dimensions (surface, pression). En fonction des structures corporelles (os, muscles) que je touche, je réalise des pressions plus ou moins appuyées. À travers mon toucher et mon tonus je transmets à Mme C. des indications sur son repérage topographique. Mes modifications de pression et donc de tonus permettent à Mme C. la mise en évidence des différentes structures de son corps. Cet exercice permet d'aborder la sensibilité profonde du corps c'est-à-dire d'informer sur l'état tonique des muscles et des tendons. Ces informations sont transmises au cerveau afin de constituer la fonction proprioceptive. Or, comme nous l'avons vu, c'est bien à partir des informations sensorielles, intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives que le sujet prend connaissance de son corps et de son environnement.

La psychomotricienne Robert-Ouvray ajoute dans son livre « Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité » (1993/2007) que la proprioception et le sens kinesthésique sont des systèmes sensoriels constants. « Ils constituent la base sensorielle du sentiment de continuité de vivre, et c'est sur eux que s'étaye l'investissement de l'activité de représentation et de l'image. » (Robert-Ouvray, 1993/2007, p. 98). Ainsi, la fonction proprioceptive est présente tout au long de la vie du sujet et soutient son organisation psychomotrice à partir de la régulation tonique. Il s'agit d'un système sensoriel, pilier de la conscience de soi. Ainsi, il me semble important de passer par un travail sensorimoteur, explorant la proprioception afin de permettre à Mme C. de prendre conscience du fonctionnement de son corps. Nous réexpérimentons les différents NEM, car ils mettent en jeu l'articulation des différentes parties du corps dans une motricité harmonieuse. Comme nous avons pu le voir, au départ Mme C. évolue de manière

rigide et recrute beaucoup de force musculaire, ainsi son exploration motrice est réduite. Nous abordons alors les différentes dissociations du corps notamment à travers les rotations de la ceinture scapulaire et pelvienne dans le mouvement du retournement. Mme C. peut sentir que son corps bouge de manière unifiée, une partie du corps entraînant une autre. Elle est surprise que seulement l'orientation du regard suffise à induire un mouvement.

Finalement, faire l'expérience de ces différentes étapes du développement moteur de l'enfant permet à Mme C. de prendre conscience de l'unité et de l'articulation de son corps.

1.3 Des appuis solides

J'observe à plusieurs reprises la difficulté pour Mme C. de percevoir et donner son poids. En effet, la psychomotricienne m'avait indiqué la complexité pour Mme C. à se relâcher lors des mobilisations passives pendant le bilan psychomoteur. Cependant cette proposition n'est pas chose simple. Donner son poids implique de faire confiance à l'autre. Cette difficulté se retrouve également lors des divers exercices d'appuis en binôme qui font resurgir chez Mme C. des souvenirs douloureux, ainsi que des angoisses. De plus, elle peut dire que même avant de faire confiance à l'autre elle ne fait pas confiance à son propre corps, comme en témoignent ses appuis peu stables et très fragiles. Grâce aux apports de Lesage (2012) étudié dans la partie théorique nous avons vu que le lien entre les appuis du corps et la pensée est majeur. En effet, si le bébé ne peut pas retrouver des appuis solides notamment lors des temps de portage, alors sa perception de l'environnement extérieur sera affectée. Robert-Ouvray (1993/2007) complète cette idée en expliquant que bien souvent l'hypertonie d'un bébé répond à un portage défaillant tant au niveau psychique qu'au niveau physique. La sécurité du bébé étant menacée, l'enfant va adopter une position de vigilance en recrutant un niveau tonique élevé, pour se protéger. Or, ce comportement empêche le développement des autres fonctions psychomotrices car le bébé est entièrement consacré à pallier ce portage défectueux. Au vu du récit de vie de Mme C. abordé dans la partie clinique, j'émet l'hypothèse que la patiente a subi un *holding* défaillant. En effet, Mme C. évoque avoir eu une enfance difficile lors de laquelle elle était seule et confrontée à elle-même. Sans avoir la prétention de faire un lien précipité, nous pouvons tout de même supposer que Mme C. n'aurait alors pu acquérir un appui de l'environnement suffisamment solide et sécurisé sur lequel s'appuyer. À la suite de ses informations, il me paraît intéressant de lui proposer des expérimentations autour des appuis et du portage, qui permettraient à Mme C. de sentir qu'il est possible de se tenir autrement qu'à travers un recrutement tonique trop important et pouvant être pathologique.

Ainsi, pour que Mme C. puisse tendre vers l'exploration corporelle, il est nécessaire qu'elle fasse avant tout l'expérience d'un corps suffisamment solide capable de la soutenir. Un travail autour des appuis corporels a pu être effectué pendant les séances, comme nous l'avons vu préalablement au sein de la partie clinique. Je choisis de commencer l'expérimentation des appuis autour du dos, en binôme, au sol. Cette position permet de ressentir, l'appui ferme au niveau du dos et d'aborder progressivement un sentiment de sécurité qui sera primordial pour se verticaliser par la suite.

La psychiatre et psychanalyste Haag nous informe à ce propos dans son article « Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie » (1988) que le contact-dos assure la mise en place d'un sentiment de sécurité chez le bébé, qu'il avait déjà expérimenté dans l'utérus de sa mère. Lors des exercices autour du déposé de poids, Mme C. semble très sensible et en sécurité lorsque nous sommes appuyées dos à dos plutôt qu'épaule contre épaule ou mains contre mains. Cette sécurité est également accentuée par l'augmentation de la surface d'appui. En effet, Mme C. n'est plus seulement en contact avec le sol, mais également avec moi et sur une large surface du corps que représente le dos. À l'issue de cet exercice d'appui dos contre dos Mme C. peut dire qu'elle a pris conscience de l'épaisseur et du volume important de cette partie du corps : « Je ne vois jamais mon dos, je n'avais pas conscience de sa surface ». Ces expériences autour de l'appui dos ont permis à Mme C. de ressentir plus clairement l'espace arrière de son corps. À l'image du bébé qui se crée des appuis internes suffisamment solides pour se développer, Mme C. a redécouvert sa structure corporelle.

Comme nous l'avons vu à travers le *holding*, le portage est une base fondamentale dans la construction corporelle de l'enfant, il lui permet petit à petit d'explorer l'environnement à travers son propre élan corporel. Cette évolution reflète la progression de Mme C. dans le suivi : après de nombreuses expériences statiques autour des appuis, nous évoluons vers des exercices davantage en mouvement dans l'espace. Cependant, cette expérience du mouvement nous engage à retrouver des éléments évoqués précédemment dans la prise en charge. En effet, le mouvement nécessite une régulation tonique efficiente, qui n'est pas possible sans des appuis suffisamment solides. À partir de ces fondements le sujet va pouvoir expérimenter une dynamique interne permettant d'accéder à la verticalité.

Rappelons, que lorsque j'invite Mme C. à explorer différents déplacements dans la salle de psychomotricité elle présente de grandes tensions corporelles et s'engage de manière superficielle dans l'espace. En effet, ses déplacements correspondent à des trajectoires

rectilignes, elle occupe une très petite place dans la pièce et son regard est dirigé vers le sol.

Je décide d'induire de l'imaginaire, comme dans l'exercice de « l'arbre » afin que Mme C. puisse s'appuyer sur des images mentales. Je lui demande d'expérimenter différentes marches en fonction du sol imaginé (glissant, à ressort, brûlant...). L'enjeu de cet exercice est de guider Mme C. vers une mise en évidence de ses appuis au sol dans le mouvement. Selon le sol imaginé, la recherche d'appuis est différente pour évoluer dans l'espace et les transferts de poids sont nombreux. En fonction du support imaginé sur lequel Mme C. se déplace, j'observe des variations de vitesse, des changements de direction et des appuis différents tantôt sur les talons tantôt sur les pointes de pieds... Je soutiens alors l'attention de Mme C. sur les diverses sensations ressenties à travers différentes questions : Ressent-elle des pertes d'équilibre, des tensions musculaires, des douleurs en fonction des différentes démarches ?

Au fil des marches, Mme C. est davantage assurée : elle prend appui sur le sol, le repousse, glisse, saute. Je fais l'hypothèse qu'après avoir réexpérimenter ses appuis plantaires notamment lors de l'éveil corporel à l'aide de diverses balles, Mme C. a pu se sentir davantage ancrée et stable. Ses épaules ne sont plus hautes comme si elle cherchait à se tenir, sa respiration est plus fluide, elle n'est plus en apnée. C'est par ces manifestations corporelles que j'aperçois Mme C. progresser vers une motricité plus déliée. A-t-elle trouvé suffisamment de sécurité dans son corps pour progressivement venir diminuer ses défenses ?

Ainsi, l'accompagnement à travers le toucher, le portage et les appuis permet à Mme C. de redécouvrir son corps de manière plus sécurisée.

2. Un corps incarné

Au cours de la vie, le corps est entraîné dans diverses expérimentations. Celles-ci engendrent un vécu qui modèle notre corps et notre manière de le vivre. Or, bien souvent lors de mon stage en clinique d'addictologie les patients parlent de leur corps ou l'utilisent de telle sorte que j'ai le sentiment qu'ils sont à l'extérieur d'eux-mêmes. Par exemple, lorsque Mme C. mentionne son corps elle emploie la troisième personne du singulier et le qualifie d'objet. Mme C. me donne alors l'impression d'être hors de son corps. Ainsi, comment habiter son corps dans sa globalité et de façon équilibrée ?

2.1 La respiration un rythme sur lequel s'appuyer

Lors de ce stage, j'observe que l'addiction perturbe grandement la temporalité du sujet dépendant, cela se retrouve chez Mme C. qui est continuellement dans l'agir. Fréquemment au début des séances, Mme C. arrive avec l'attente de se sentir tout de suite mieux dans son corps, en demande d'une « formule magique ». Elle a tendance à vouloir essayer, explorer de nouvelles choses à chaque séance et dit rapidement avoir fait le tour de l'expérience. Je remarque qu'en miroir à cette demande, je me suis également égarée dans cette temporalité. Inconsciemment, j'essaie de répondre à cette demande en proposant une multitude d'expériences sur un versant plus « fonctionnel du corps ». Les propositions de mon approche psychomotrice sont donc grandement réduites. Grâce aux temps d'échange avec ma maître de stage et aux discussions avec l'équipe, j'ai pu sortir de cette idée de réparation immédiate. Je prends alors conscience de l'importance de construire une continuité dans le projet de soin du patient. Pour cela, je décide notamment de m'appuyer sur la respiration. En effet, les différentes propositions faites à la patiente, m'ont rapidement mené à m'interroger sur la fonction que prend la respiration pour Mme C. Celle-ci est toujours omniprésente dans la prise en charge psychomotrice. Comme nous avons pu le voir Mme C. effectue les différentes expérimentations de manière rapide et en apnée. Cette respiration accélérée et bloquée, rappelle ce que Bullinger présente comme le tonus pneumatique. J'ai cette impression que Mme C. se réfugie dans l'agir pour se protéger de ses envies de cannabis et d'alcool. Le « faire vite » permettrait de combler ce vide qu'elle associe au manque et donc à l'envie de consommer. Or, se concentrer et accueillir sa respiration, en observant son rythme, sa localisation permet de s'ancrer dans « l'ici et maintenant » et de limiter les pensées anticipatrices associées à l'envie de consommer chez Mme C. Cette attention sur la respiration permet d'accrocher son mental sur le rythme respiratoire qui est présent au quotidien et non sur ses pensées parasites. Ainsi, j'invite régulièrement la patiente à prendre conscience et à sentir sa respiration naturelle qui me semble courte et « bloquée ». Au fil du temps, l'attention sur la respiration se fait de manière naturelle chez Mme C. et lui permet d'aborder un rythme de respiration plus serein et une amplitude plus grande. De plus, j'intensifie également ma propre respiration afin qu'elle puisse écouter mon souffle et s'en saisir comme support. À travers ma respiration, j'encourage Mme C. à retrouver son propre rythme respiratoire. Ainsi, nous sommes toutes les deux à l'écoute de notre propre respiration mais également de celle de l'autre.

Calais-Germain, professeur de danse et kinésithérapeute a expliqué dans son ouvrage « Anatomie pour le Mouvement » (1991) que ce cycle d'inspirations et d'expirations

induit des modifications corporelles et posturales. En effet, accompagner le mouvement par la respiration permet de réaliser le geste avec plus d'aisance et de fluidité. De plus, la respiration permet de poser des repères grâce à ses caractéristiques de rythmicité. Dans cette intrication entre le mouvement et la respiration, il s'agit de trouver le juste équilibre. Ainsi, lors des séances, nous combinons le flux respiratoire aux mouvements, notamment lors des exercices d'aïkido dans lesquels Mme C. semble s'agripper à sa respiration. Elle expérimente que lorsqu'elle est en apnée, elle est en difficulté pour maintenir son équilibre. J'ai l'impression que le blocage de sa respiration vient répondre à un déficit de l'axe. La respiration viendrait soutenir l'axe corporel par un redressement du buste, nous pouvons alors parler de tonus pneumatique. Au fil des séances, l'attention portée à sa respiration entraîne chez Mme C. une meilleure régulation tonique. Elle n'a plus besoin de s'appuyer sur son tonus pneumatique en bloquant sa respiration, pour se tenir droite. Cette diminution du tonus laisse place à un équilibre tonique plus adapté, lui permettant de trouver un meilleur équilibre. Ainsi, la régulation de la respiration permet d'aborder la régulation tonique, cette double harmonisation ne peut être que favorable à Mme C. qui ressent habituellement son corps comme douloureux.

Ainsi, l'écoute et la reconnaissance de sa respiration permettent peut-être à Mme C. de diminuer ses différents agrippements, qui me semblent être des « comportements d'urgence », dans une tentative de se porter corporellement et psychiquement afin de se protéger. En effet, la respiration est l'écho des affects et des émotions, j'é mets alors l'hypothèse que le passage par l'agir de Mme C. exprime un besoin de maîtriser la situation. J'imagine qu'elle souhaite garder un contrôle sur la situation extérieure contrairement à la passivité qu'elle vit dans son corps du fait de l'addiction dans laquelle elle n'arrive pas à contrôler sa consommation. Or paradoxalement, dans l'addiction « l'objet addictif » représente ce qui est contrôlable. Mme. C explique à plusieurs reprises subir des attaques de panique dès qu'elle est en dehors de chez elle. Le monde extérieur semble être dangereux et angoissant pour elle. Ainsi, l'objet addictif semble être le principal moyen pour Mme C. de contrôler ses angoisses et de sentir un sentiment de sécurité artificiel lui permettant d'affronter le monde extérieur. La consommation de l'objet addictif facilite alors l'exposition de Mme C. à ses peurs. La patiente dit se sentir « prisonnière » de ses addictions car la consommation d'alcool et de cannabis lui permet de s'apaiser, de contrôler ses angoisses en les mettant à distance. Ce schéma place l'addiction comme un facteur protecteur qui entretient la consommation et fait apparaître un sentiment de dévalorisation chez Mme C. se sentant incapable de maîtriser ses addictions. Cependant, depuis que Mme C. a intégré le centre ambulatoire d'addictologie et participe à divers soins, elle peut

dire que désormais elle possède d'autres ressources en elle comme des exercices de respiration, afin de s'apaiser en dehors de la consommation de cannabis.

2.2 La régulation tonique

Les travaux de Bullinger à propos du développement sensorimoteur de l'enfant évoqués dans la partie théorique ont mis en évidence les différents éléments nécessaires dans la régulation tonique : la vigilance, les flux, le milieu humain et les représentations. Cependant, comme nous le savons la problématique addictive peut altérer cette régulation tonique. L'un des objectifs thérapeutiques avec Mme C. est d'affiner sa régulation tonique afin qu'elle porte une attention plus fine et plus juste sur ses sensations. Or, comme nous avons pu le voir précédemment au début de la prise en charge, Mme C. ne prend pas le temps de repérer et d'identifier ses différentes sensations notamment lors du réveil corporel. Elle aborde les expériences motrices avec un haut recrutement tonique, comme je l'ai évoqué lors de la réalisation des NEM. Chaque geste paraît alors particulièrement énergivore pour Mme C. Les coordinations sont très complexes à effectuer pour la patiente et coûteuses en énergie. Au fil des séances, Mme C. expérimente que ses appuis sont solides, ainsi elle peut se lâcher progressivement cette carapace tonique. J'émet l'hypothèse que le travail préalable autour des appuis a permis à Mme C. de sentir son squelette comme suffisamment solide. Et, ainsi progressivement se détacher de sa carapace musculaire faisant office de « deuxième squelette ». En effet, j'observe qu'elle passe d'une motricité trouvée dans la précipitation et coûteuse en énergie, à une motricité plus fluide s'appuyant sur des repères internes comme sa respiration. La diminution de son état tonique a ainsi permis à Mme C. de mieux ressentir ses sensations corporelles.

Cette évolution est également visible lors des mouvements dansés. Enveloppée par la musique, Mme C. tournoie dans l'espace, elle varie les hauteurs sans perdre l'équilibre. Elle parvient plus facilement à moduler son tonus et donne l'impression de jouer avec son corps. Elle se détache de cette posture rigide. La danse permet d'alterner entre des flux libres qui illustrent des mouvements sans retenus et des flux liés, mis en évidence par des gestes contrôlés. Mme C. peut alors moduler ses variations toniques en fonction de ses vécus, durant l'exercice. Cela suppose un jeu coordonné de contractions, de décontractions musculaires et de prise d'appuis. Par conséquent la qualité d'ancrage et d'appui travaillé au préalable joue un rôle fondamental, dans ces jeux de flux toniques. Cette médiation du mouvement dansé a permis à Mme C. d'expérimenter qu'un certain lâcher prise était possible.

2.3 L'axe vers une conscience de l'espace du corps

Rappelons, qu'au début du suivi en psychomotricité, j'avais été interpellée par l'allure de Mme C. : ses limitations dans les mouvements et la rigidité de son axe corporel.

Tout d'abord, Mme C. bouge très peu son axe corporel. Lorsque nous faisons des mouvements autour de l'axe corporel, elle mentionne son amplitude réduite. Elle est en difficulté lors des mouvements d'enroulement et ses torsions au niveau du buste sont fortement réduites. C'est donc un axe rigide, la limitant dans ses mouvements. Or, d'après Lesage (2012) s'organiser autour de ce repère vertical assure un équilibre musculaire et une économie dans le mouvement. L'auteur considère l'axe comme « une ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation » (Lesage, 2012, p. 149). Cela offre une place centrale à l'axe dans la structuration corporelle, car il unifie le corps et participe à son orientation spatiale. Nous avons vu dans la partie théorique, qu'au fil de la maturation tonique l'enfant va disposer de différentes postures et pouvoir peu à peu explorer l'environnement à travers les différents NEM et ainsi progressivement intégrer son axe corporel. Un travail à ce propos a pu être effectué pendant les séances, comme nous l'avons vu préalablement dans la partie clinique. En effet, il me semble important de faire éprouver à Mme C. son axe dans les différentes directions de l'espace. Or, pour sentir son axe, il faut être ancré au sol et le repousser, cela est notamment possible à partir des NEM. Lorsque nous les expérimentons, j'observe qu'il est difficile pour Mme C. d'adopter les postures asymétriques. Par exemple, pour se déplacer en rampant de manière harmonieuse et en dépensant le moins d'énergie possible, il faut répartir ses appuis de manière asymétrique afin qu'une dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne soit possible. Or, cette dissociation n'est pas visible chez Mme C. Son bassin et ses jambes sont immobiles, elle se déplace uniquement à la force des bras en tractant vers l'avant. Je l'accompagne alors par la voix et lui montre différentes façons de ramper de manière moins coûteuse. Progressivement, Mme C. se rend compte que sa respiration peut accompagner ce mouvement, elle prend alors plus de plaisir à explorer ce déplacement. Lors de l'inspiration elle se redresse comme si elle cherchait à ressentir son axialité à travers une colonne d'air, retenant son souffle pour préserver une extension. Puis lors des schèmes d'enroulement elle pense à faire une grande expiration, comme si elle voulait occuper le moins d'espace possible dans son corps. Le retour au sol est apprécié par Mme C. à plusieurs reprises elle évoque une sécurité et présente une liberté de mouvement plus grande lorsqu'elle est allongée au sol que lorsqu'elle est dans une position verticale. De plus, la revisite des divers NEM sollicite des appuis différents selon les postures adoptées, ainsi l'organisation entière du squelette est conviée à travers

les différentes articulations. Cela me semble intéressant, cette redécouverte des enchaînements et cet espace primaire permettent de repasser par des expériences qui ont structuré l'identité psychomotrice. Cette identité aujourd'hui mise à mal chez Mme C. du fait de ses addictions.

Comme nous l'avons vu, la tension dorsale de Mme C. est quasiment permanente. Ce besoin d'être droite m'évoque là encore un besoin de contrôle, comme pour compenser son impuissance face à ses addictions et ses dépendances. L'attitude hypertonique de Mme C. viendrait alors étayer son axe corporel. La patiente traduit parfaitement cette manifestation corporelle lorsqu'elle me dit : « C'est difficile de lâcher ce qui me permet de tenir ». Par ces mots, elle peut nous laisser entrevoir son besoin de rester droite, pour se protéger d'un potentiel effondrement corporel et psychique. En effet, nous avons vu que Mme C. s'est sentie à plusieurs reprises abandonnée, ainsi cette tension corporelle apparaît telle une défense. Or cette stratégie est momentanée et coûteuse en énergie car elle doit être renouvelée sans cesse. Nous accompagnons Mme C. à identifier cette posture à travers différents mouvements. Cependant, au fil du suivi Mme C. peut progressivement lâcher ses différentes défenses, encouragée par une relation de confiance et de sécurité. Lors des séances autour des appuis, assise dos à moi, Mme C. a même pu relâcher complètement son dos contre le mien. Lors de ce moment, elle s'est libérée de son enveloppe tonique grâce au support de mon corps soutenant son axe corporel de manière sécurisée. Nous avons mis en évidence dans la partie théorique que c'est à partir d'un axe solide que le sujet peut progressivement s'ouvrir au monde extérieur.

3. Le corps en relation

La psychomotricité envisage le sujet dans son entièreté. Ainsi, le patient est amené à prendre conscience de soi et de son corps mais également de son partenaire en partageant des expériences psychomotrices. Les dimensions corporelles et relationnelles sont alors aux premiers abords et nécessitent un lien de confiance entre le patient et le psychomotricien.

3.1 Un espace partagé

L'espace-temps de psychomotricité, est un moment de partage et de rencontre entre le patient et le soignant. Bien souvent le lieu dans lequel a lieu cette rencontre se veut être accueillant.

Mme C. a pu me dire à plusieurs reprises apprécier cette salle de psychomotricité, chaleureuse et accueillante par ses murs de couleur claire et ses grandes fenêtres. Les gros ballons colorés égayaient la salle et attirent rapidement le regard. Lorsque j'ouvre la porte de la salle elle peut dire : « j'ai toujours envie de rentrer dans cette belle salle. » Cependant, je partage bien plus qu'un espace commun avec Mme C. lors des séances, je partage également des expériences et des éprouvés. En effet, pour la plupart des propositions que je suggère à Mme C. je m'engage corporellement. Cet échange me semble indispensable pour être au plus proche de Mme C. et proposer des expériences les plus adaptées possibles. Cependant, de ces temps partagés émanent quelques fois des vécus différents venant souligner la singularité de chacun.

L'évolution de Mme C. est nette. Quand elle commence les séances de psychomotricité elle m'apparaît fermée et rigide. Déjà, la question de la consistance du corps et de sa charpente osseuse se révèle. Elle est figée et enfermée dans un carcan musculaire. Comment le corps peut-il être une interface avec l'environnement quand il est enfermé dans un espace restreint et abreuvé par de nombreuses substances addictives ? Puis, au fil des séances, j'assiste à une véritable restructuration de l'espace corporel de la patiente. Au regard des différentes expériences corporelles de Mme C. au sein de la salle de psychomotricité je constate qu'elle affectionne particulièrement les exercices au sol. Allongée au sol sur le dos, le corps relâché, Mme C. se sent libre d'effectuer des mouvements dans toutes les directions de l'espace. Ces différentes expériences au sol me rappellent le développement du bébé avec les différentes postures primaires du développement de l'enfant. Ce n'est pas que le sujet addict est assimilable au bébé mais les étapes du développement infantile sont venues étayer l'élaboration du suivi de Mme C. En effet, certaines de ces étapes ne semblent pas avoir pu être acquises ou se sont altérées avec l'entrée dans la pathologie. Pour ces raisons, certains stades sont revisités afin de les reconstruire plus sereinement, dans l'hypothèse que cette nouvelle expérimentation permette de fortifier le sentiment de sécurité interne du sujet adulte. Progressivement, la mise en place d'un cadre sécurisant et d'une relation contenantante aurait permis à Mme C. d'intégrer les contours de son espace corporel.

Doucement, Mme C. a pu intégrer son espace corporel comme un lieu pouvant être sécurisant, elle s'ouvre alors davantage à l'espace extérieur, ici la salle de psychomotricité. C'est dans cet espace que progressivement nous avons exploré la distance relationnelle. L'anthropologue américain, Hall théorise dans l'ouvrage « Manuel d'enseignement de psychomotricité » (2011) les différentes distances relationnelles qui sont utilisées en fonction du degré d'intimité de la personne avec laquelle on se trouve, et du lieu où se

déroule l'échange. Il classe les différentes distances relationnelles en quatre groupes : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. L'auteur explique que le vécu de la distance relationnelle est singulier à chacun, à sa culture et évolue en fonction de notre état du moment. Il insiste sur l'importance de la dimension affective dans l'investissement de l'espace, en fonction de l'histoire et du vécu personnel de chaque sujet, au sein d'une même journée. Cette distance relationnelle amène une sécurité dans la relation. Or, une relation suppose un espace intermédiaire approprié pour les deux personnes.

Lors des séances autour de la médiation de l'aïkido, nous avons vu que Mme C. se montre soucieuse de ne pas me toucher, de peur de me faire mal, mais elle a une tendance à être trop proche de moi lors des exercices en binôme. J'essaie alors de percevoir les signaux corporels de Mme C. afin de savoir comment elle vit cette distance, elle me semble peu à l'aise. Elle rit beaucoup, évite mon regard, toutefois elle ne recule pas. Quant à moi cette distance me semble trop proche, je décide alors de reculer et d'ajuster cette distance. Cependant, rapidement Mme C. se rapproche à nouveau de moi. Je fais l'hypothèse qu'après un long temps de travail en corps à corps, il est difficile pour Mme C. de s'éloigner de cet appui corporel.

Une mise à distance des corps me semble être nécessaire, je propose alors à Mme C que nous nous positionnons chacune à l'autre bout de la pièce face à face, l'une après l'autre nous nous avançons lentement vers l'autre. La personne qui attend doit dire et signifier un « stop » corporellement lorsque le seuil de sécurité est atteint. Nous mettons alors un bâton au sol afin de matérialiser cet espace. Mme C. verbalise d'une voix très faible le « stop » lorsque je suis environ à un mètre d'elle. Quand vient mon tour je joue le « stop » de manière plus nette mais semblablement à la même distance que Mme C. De plus, il ne faut pas oublier que la distance relationnelle abordée ici n'est pas sans lien avec la médiation utilisée, ici un art martial qui peut être connoté à une pratique de combat ce qui n'est pas le cas cependant en séance.

En revenant dans les séances, la psychomotricienne a recréé du tiers entre Mme C. et moi ce qui me semble pertinent à ce moment précis dans la prise en charge. Selon, la psychologue et professeure Volckrick, le « tiers » se définit comme « une forme de relation à trois à la fois proche et distante, neutre et impliquée » (Volckrick, 2007, p. 76). Cette position de tiers permettrait l'engagement de deux personnes en intégrant une troisième en position d'extériorité. La posture de tiers de la psychomotricienne permet d'aborder cette rencontre à deux dans le « combat » de manière moins intrusive. En effet, le passage d'une relation duelle à triangulée avec la présence d'une tierce personne permet à Mme C. de

revivre l'introduction du tiers de façon qu'elle se détache de l'autre pour davantage s'affirmer et s'individualiser. Je m'appuie sur la psychomotricienne présente dans le dispositif lors des séances sur la médiation de l'aïkido. À trois nous travaillons autour de cet appui relationnel pour pouvoir mieux ajuster la distance de Mme C. avec les autres. Progressivement, Mme C. se place de manière ajustée lors des enchaînements d'aïkido en binôme. Lors de ces séances, elle expérimente que le passage de la relation duelle à la relation à trois ne modifie pas sa place. En outre, le fait d'expérimenter la distance au sein d'une médiation permet également d'envisager progressivement la séparation. À l'image de l'enfant qui se sépare de son parent pour aller à la crèche, Mme C. a pu progressivement se détacher de moi et nous avons pu ainsi préparer la fin du suivi qui avait été énoncé par le médecin, privilégiant désormais une prise en charge groupale.

3.2 Une identité nouvelle à travers l'expressivité

Le principe d'identité est complexe, il s'agit d'une notion abordée par de nombreuses disciplines comme la psychologie, la sociologie et la philosophie. J'ai observé lors de mon stage en clinique d'addictologie que bien souvent le sujet se considère seulement comme addict. De plus, la société contribue à donner cette « étiquette » en caractérisant ces sujets, voire en les stigmatisant. Le sujet considère alors son addiction comme faisant partie de son identité. Il s'agit d'un point commun qui rassemble les patients de la clinique, ils sont « semblables » et combattent cette même problématique. Lors de ma première rencontre avec Mme C. quand elle se présente à moi elle me dit : « je suis toxicomane et alcoolique ». Cela m'interpelle car l'identité de chaque personne est en perpétuelle mouvement notamment chez ses patients dépendants, qui doivent se redéfinir sans la substance au cours du soin, qui était jusque-là omniprésente dans leur vie. Au fil des mois, Mme C. se détache de cette identité et s'autorise à vivre les émotions ressenties au cours des expériences. Par exemple, lors de l'exercice autour des appuis en binôme Mme C. peut libérer ses émotions. Elle raconte des événements de vie douloureux comme le départ précipité du père de son fils. Mme C. s'autorise de vivre cette colère et tristesse en séance. Dans ce cadre-là elle n'a pas besoin de contrôler ses émotions, elle explique que chez elle, elle aurait alors eu recourt au cannabis pour écarter ses émotions.

Après que Mme C. ait pu expérimenter un corps solide et sécurisé, j'aimerais qu'elle puisse éprouver et se représenter autrement qu'à travers son addiction. En effet, nous avons pu voir qu'au début de la prise en charge Mme C. utilise son corps à des fins purement fonctionnelles dénuées de plaisir. Son corps est poussé au-delà de ses limites avec la consommation répétée d'usages nocifs. Je pense alors que passer par l'éprouver

à travers le mouvement peut permettre à Mme C. d'envisager son corps autrement. La psychomotricienne Latour, dans l'article « Quelques enjeux du travail de l'éprouvé » explique que « éprouver suppose de s'apercevoir de ce qui est senti sensoriellement et émotionnellement » (2016). Ainsi, l'éprouvé est une notion fondamentale dans la conscience corporelle, or à travers la description des différentes séances nous avons pu mettre en évidence que cette conscience est mise à mal chez Mme C. par son addiction. C'est pourquoi j'invite Mme C. à travers diverses propositions ludiques à expérimenter un « corps plaisir ». J'imagine que cela permettrait à Mme C. de sentir son corps autrement et davantage du côté d'un élan vital. Comme nous l'avons déjà développé, j'ai choisi de passer par le mouvement dansé pour se faire. Cette médiation me semble pertinente dans l'accompagnement des valeurs d'expressivité du corps et la réappropriation d'une identité différente que celle de la personne addictive. Les caractéristiques expressives du corps sont alors visibles à travers les mouvements et les postures. Lesage dans son ouvrage « Jalons pour une pratique psychocorporelle » (2012) explique que l'expérience en mouvement permet au sujet d'habiter pleinement son corps. En portant une attention particulière au mouvement, à ses sensations, le sujet a alors une conscience du geste et de la partie du corps sollicitée différemment. Cette conscience corporelle est un support à l'identité du sujet qui est en perpétuelle évolution au fil du temps.

Après quelques semaines, la répétition des mouvements dansés permet à Mme C. d'évoluer dans la salle de psychomotricité avec plus de confiance et de fluidité. D'abord figée dans son corps, doucement, je remarque que Mme C. s'engage davantage. Je peux observer dans sa mise en mouvement, des variations de vitesse et des coordinations plus fluides et précises. Son tonus plus ajusté permet une expressivité gestuelle plus riche. De plus, ce relâchement tonique a également permis à Mme C. d'éprouver des émotions dans son corps. Malgré la présence du masque je peux entendre le son de son rire et voir ses yeux s'illuminer, j'ai l'impression qu'elle prend plaisir à se mouvoir. « Les aspects physiologiques du tonus sont en effet indissociables de ses dimensions affectives et relationnelles » (Scialom et al., 2011, p. 145). Ainsi, par le détachement de cette carapace tonique Mme C. peut entrevoir le versant émotionnel de son corps. Par le biais de ses gestes, de ses postures, et des rythmes adoptés Mme C. affirme son identité et son vécu personnel. Elle s'éloigne ainsi de mon regard alors qu'au début nous avons pu voir qu'elle guettait la moindre émotion sur mon visage. Elle fait preuve de plus de spontanéité et de créativité. À travers cette modification tonico-posturale Mme C. peut faire l'expérience d'un corps expressif, ce qui était difficilement accessible au début du suivi. Elle se surprend à découvrir ses capacités gestuelles. La restauration d'un corps davantage habité a alors été permis à travers le travail en mouvement. Habiter davantage son corps à travers le

mouvement a permis à Mme C. d'éprouver son corps en dehors des consommations dont elle est dépendante.

Les éprouvés et les sensations s'inscrivent dans la mémoire corporelle, en effet leur intégration se fait par le biais de différents circuits neurologiques. C'est de cette façon qu'une expérience motrice ou sensorielle est capable de réactiver d'autres sensations, éprouvés ou souvenirs qui seraient liés. Ainsi, un travail sensori-moteur permet à la patiente d'accueillir différents états émotionnels, et d'y mettre du sens. Lors des séances j'invite Mme C à centrer son attention sur les sensations perçues et sur les émotions vécues lors de l'expérience. En mettant des mots et du sens sur ses éprouvés, Mme C. peut potentiellement se réapproprier son corps et réorganiser sa conscience corporelle, elle semble éprouver son corps de manière plus authentique. En effet, la verbalisation de ses sensations et de ses émotions est plus précise et abondante.

Finalement, passer par le corps en mouvement a permis à Mme C. de prendre conscience des caractéristiques expressives de son corps et de faciliter la mise en mots de ses vécus corporels. À travers sa conscience corporelle Mme C. est capable de s'éprouver différemment et cela peut contribuer à entrevoir une autre part de son identité. Par le biais de l'évolution corporelle et relationnelle de Mme C., nous pouvons penser que les expériences primaires tournées vers les sensations et les éprouvés ont été un appui à la restitution d'une part de son identité.

3.3 L'engagement du psychomotricien

L'évolution de Mme C. montre de quelle manière elle s'engage progressivement dans la relation et dans son corps. En parallèle de son évolution j'ai quant à moi également perçu des changements dans mon investissement corporel. Au fil de la prise en charge avec Mme C. je me suis engagée psychiquement mais également corporellement de manière plus intuitive. Dans son ouvrage, Lesage (2012) indique que nous percevons l'autre d'abord à travers notre propre structure soit notre propre corps.

Lorsque je continue la prise en charge de Mme C. seule, je m'interroge sur comment me positionner en séance : « dans l'expérience avec elle » ou bien « en dehors de l'expérience, en tant qu'observatrice » ? Comment trouver le juste positionnement permettant d'accompagner Mme C. à l'aide de mon implication corporelle mais également de pouvoir observer et comprendre ce qui se joue pour la patiente et pour moi-même. Au fil des séances, j'ai compris que mon positionnement était amené à alterner entre la posture d'observatrice et d'actrice en fonction des propositions. En effet, les deux sont essentielles

dans une prise en charge psychomotrice, il s'agit de se mettre en mouvement pour soutenir le patient corporellement, partager son vécu à travers le dialogue tonico-émotionnel. Mais observer, est tout aussi important afin d'alimenter notre réflexion, nos questionnements et réajuster sa posture dans l'action suivante. C'est parfois penser que l'on ne contrôle pas et également recevoir les difficultés, les angoisses, les souffrances des patients. Bien souvent Mme C. est dans une recherche de « formule magique » de comment faire, cependant observer permet aussi de ne pas nécessairement donner une réponse immédiate au patient, et de le laisser chercher et évoluer à son rythme. En effet, par le biais de cette position d'observatrice je peux remarquer des signes corporels chez Mme C., et ainsi l'accompagner dans le déroulement de ce qu'elle peut tolérer à cet instant précis.

Finalement, pour trouver cette posture j'écoute mes ressentis dans l'instant. Comme le montre l'expérience autour des appuis dos à dos lorsque Mme C. dépose son poids contre moi, je sens ma respiration, très rigide. Je retrouve également ces caractéristiques chez Mme C. Par ma respiration et mes appuis, je tente alors de réguler mon état corporel et émotionnel, afin de ne plus me sentir figée, entraînant une adaptation de ma posture et de mon positionnement. Mme C. peut alors s'appuyer sur ma corporéité pour progressivement s'apaiser et s'engager davantage dans les expériences. Je suppose que mon état tonique permet d'abaisser celui de Mme C. Finalement, le corps du psychomotricien joue un rôle d'étaie.

Dans certaines situations, mon corps sert d'appui pour Mme C. Il est ainsi nécessaire qu'il soit suffisamment tonique. En effet, dans les différents jeux d'appui en opposition, Mme C. est dans le corps à corps avec moi. Elle me confie son poids. Est-ce un moyen pour elle d'éprouver ma solidité en tant que professionnelle ? Tout au long du suivi, par l'intermédiaire du dialogue corporel, j'essaie d'ajuster mon état tonique afin qu'il soit le plus adapté à Mme C. Par exemple, lors de l'exercice où j'effectue différentes pressions sur Mme C. afin de lui faire ressentir les différentes composantes de son corps. J'apporte une importance particulière à être confortable dans mon corps afin de présenter une fluidité gestuelle et un ajustement tonique adapté. Ainsi, à travers ma disponibilité sensorielle et le dialogue tonico-émotionnel dans lequel je suis engagée, je peux accueillir corporellement le vécu de Mme C. Mon positionnement participe à lui transmettre ce que je repère dans ses verbalisations, particulièrement lorsqu'elle cite la sécurité et la confiance comme sentiment. En effet, le dialogue tonico-émotionnel constitue un moyen de communication important entre le patient et le psychomotricien. En séance de psychomotricité le corps est mis en jeu, notre corps entier parle, ainsi que celui du patient tant au niveau corporel que psychique. Lors de certaines séances où Mme C. m'explique son parcours de vie, ses difficultés, s'appuie contre mon corps, cela convoque en moi de vives émotions. Ceci me revoie aux concepts

de transfert et de contre-transfert théorisés par le psychanalyste Freud et développés par la psychomotricienne Robert Ouvray explique dans l'article « Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice » (2002). Ces concepts Ils sont par nature inconscients et se déploient tout au long de la vie à partir du moment où des personnes sont en relation. Le transfert désigne le déplacement des émotions et des affects vécus par le patient vers le thérapeute. Le contre-transfert renvoie aux émotions et réactions inconscientes vécues par le thérapeute en fonction de son propre vécu et en réaction à l'histoire du patient. Bien souvent, j'ai pris conscience de ces phénomènes dans l'après-coup de la séance. Il s'agit alors de comprendre les enjeux de la relation qui viennent se déployer dans le soin. Echanger par la suite avec ma maître de stage sur mes vécus m'a semblé indispensable afin de ne pas être submergée par mes émotions et également faire la différence entre ce qui m'appartient et ce qui vient de la patiente.

Dans la partie théorique, j'ai défini le dialogue tonico-émotionnel à travers les apports de Winnicott et Bion comme un moyen d'échange des états émotionnels entre l'enfant et le sujet prenant soin de lui. Nous avons également vu qu'il ne faut pas omettre l'importance du regard. Dans ces différents échanges, le regard du psychomotricien a également une fonction importante.

Nous avons vu dans la partie théorique l'enfant ne peut se construire seul. Au regard des théories de Winnicott et Guillaumin abordées précédemment nous avons vu le rôle de miroir qu'a la figure maternelle. C'est à travers la présence, les soins et le regard de celle-ci que l'enfant peut acquérir progressivement une conscience de soi. En effet, au fil de son développement l'enfant va intégrer que son corps est différent de celui de sa mère, qu'il partage certes des caractéristiques similaires mais également des caractéristiques différentes. Le regard constitue alors un réel repère dans la structuration corporelle du bébé. Au début du suivi en psychomotricité avec Mme C. ce regard est prédominant, elle observe attentivement mes mouvements, mes attitudes afin de m'imiter. Progressivement, elle sent que ses besoins ne sont pas forcément les miens et vice versa, ainsi la réalisation en imitation n'est pas forcément judicieuse. Alors, Mme C. peut se détacher progressivement de mon regard et expérimenter par elle-même, sans l'appui corporel et visuel de l'autre. Cette étape de mise à distance a potentiellement permis à Mme C. de se réapproprier son corps et également de réexpérimenter un espace personnel. Par exemple, lors du temps en mouvements dansés Mme C. continue à évoluer dans la salle malgré le fait que moi je m'arrête.

Giromini et Lesage (2013) précisent la fonction miroir, celle-ci est essentielle dans la prise en charge psychomotrice, elle permet de soutenir le patient dans la quête d'une

conscience et d'une connaissance de soi. Le psychomotricien à travers son propre corps va refléter les ressentis et les états corporels du sujet. Le patient va alors pouvoir s'appuyer visuellement mais également toniquement sur le corps du psychomotricien pour prendre conscience de son propre corps. Ainsi, au fil du suivi le portage physique n'étant plus forcément nécessaire, c'est le regard qui a repris cette fonction de portage. À travers le regard Mme C. a pu se sentir en sécurité, reconnue et trouver le soutien nécessaire pour se saisir des pratiques proposées. Bien souvent à la suite de ces expériences, ou pendant leurs réalisations, je demande à Mme C. de partager son vécu. Au début de la prise en charge, la mise en mot de Mme C. est pauvre. Alors, je n'hésite pas à décrire l'expérience pour donner du sens à ce qui est en train de se jouer. J'essaie de prêter à Mme C. des sensations, des émotions mais toujours sous forme d'hypothèse. Par mes mots et mon engagement corporel je tente de soutenir l'investissement corporel et le sentiment d'identité de Mme C. Au fil du suivi, la verbalisation de Mme C. est plus étayée et témoigne avec justesse son expérience sensori-motrice, ainsi la mise en mot participe à la prise de conscience de son corps.

Pour conclure, nous avons pu mettre en évidence dans cette dernière partie les liens de réciprocité entre la connaissance du corps, le mouvement, la sécurité interne et les émotions. La mise en place d'une relation de confiance a permis à Mme C. de s'ouvrir à ses sensations, ses ressentis et ainsi avoir davantage conscience de son corps. Cette conscience corporelle encore fragile chez Mme C. va lui permettre progressivement de vivre son corps de manière plus sécurisée et de pouvoir l'investir autrement que dans la consommation de drogue, d'alcool ou de nourriture. Par le biais de l'approche sensori-motrice Mme C. peut doucement se réapproprier son corps en explorant les fondations de la construction psychomotrice comme les appuis, la respiration, l'axe, le tonus et les émotions. Cette expérimentation psychomotrice ouvre une nouvelle vision à Mme C. de son corps, colorée de lâcher-prise, et de plaisir. Progressivement, Mme C. s'appuie sur cet espace-temps qu'est la séance de psychomotricité et sur le corps du psychomotricien afin de s'approprier des qualités de stabilité, de régularité et de sécurité dans son propre corps.

CONCLUSION

La problématique addictive est une pathologie complexe à évoquer tant au niveau de ses étiologies, que de sa physiologie et de sa prise en charge. Au cours de mon stage, je remarque que chaque patient a recourt à un comportement addictif pour une raison qui lui est propre, cependant tous souffrent grandement de cette pathologie.

Face à cette population, je ressens l'importance du travail pluridisciplinaire, afin de proposer au patient une prise en charge adaptée et globale. Personnellement, le regard de chaque professionnel m'aide pour ce travail d'élaboration et de compréhension du patient. La thématique des addictions est évoquée durant notre parcours scolaire, mais en ayant l'opportunité de réaliser mon stage dans un centre ambulatoire d'addictologie, je réalise à quel point les séances de psychomotricité représentent un espace-temps apprécié et nécessaire pour les patients. Cet espace, permet aux sujets d'explorer des expériences psychomotrices et de retrouver des sensations différentes que celles procurées par le comportement addictif. Ainsi ce suivi participe à la réappropriation d'un corps qui n'est plus seulement vécu à travers l'addiction. La psychomotricité va permettre aux patients de se centrer sur eux-mêmes, sur leurs sensations corporelles et d'en prendre conscience. À plusieurs reprises, j'ai été confrontée à l'étonnement des patients face à ces nouvelles sensations. Ensemble, il s'agit alors de trouver les mots, verbaliser les émotions vécues afin de soutenir la reconstruction psychique et corporelle.

Je constate au cours de ce stage, une problématique autour des limites corporelles. Bien souvent, les personnes souffrant de troubles de l'usage sont en quête d'une identité et dans une recherche constante de limites corporelles.

Au fil de la présentation de Mme C., je tente de rendre compte d'une réappropriation et d'une restructuration d'un espace corporel et relationnel à travers l'investissement sensori-moteur. Je constate l'importance des fondements psychomoteurs tels que les appuis, l'axe, le mouvement, et les émotions afin de trouver d'autres points de repères que l'objet de consommation, dans la prise en charge de Mme C. Au fil des mois de suivi, elle a pu faire l'expérience d'un corps pouvant ressentir des sensations non extrêmes, des émotions diverses et apprivoiser un corps en relation.

Depuis son entrée dans le centre ambulatoire d'addictologie Mme C. a réduit ses diverses consommations, cela contribue à améliorer sa qualité de vie, cependant la problématique addictive est toujours présente. Mme C. poursuit actuellement son suivi hebdomadaire en

psychologie et participe à un groupe de « connaissance de soi » animé par une infirmière et une psychologue. Mais, elle n'a plus de séances de psychomotricité. Malgré la nette évolution de Mme C. le soin en psychomotricité aurait pu se poursuivre, or le travail en psychomotricité s'est heurté à une limite, en effet sa durée était définie à cinq mois. Ainsi, j'ai dû faire des choix pour les séances et les thématiques abordées, malgré les nombreux axes de travail que m'a inspiré Mme C. Par exemple, concernant l'image du corps, rappelons que lors du bilan psychomoteur, Mme C. avait pu dire que son corps la dégoûte, et n'a pas souhaité se dessiner. Son corps était donc du côté de l'irreprésentable. Un chemin a été initié autour de l'image du corps à travers le mouvement permettant à Mme C. de soutenir une nouvelle identité psychomotrice. Cependant, il reste encore du chemin à parcourir avant que Mme C. possède une représentation de son corps et une image de celui-ci plus stable afin de penser à ses projets d'avenir, son souhait. Ainsi, je pense qu'un travail autour de l'image du corps aurait pu être davantage abordé. De plus, l'image du corps est en constante évolution au cours de la vie par les changements corporels mais également par les vécus affectifs. Or, ces modifications sont accentuées en addictologie, lorsque nous demandons au patient de désormais vivre et se définir sans ses consommations. Enfin, il me semble qu'un travail autour des émotions aurait pu être pertinent à mener afin d'aider Mme C. à les identifier. Cela pourrait lui permettre de comprendre ses émotions plutôt que de consommer lorsque celles-ci sont trop intenses et ainsi de limiter l'alternance entre des états de détresse émotionnelle et de soulagement. Après un échange avec la psychologue de Mme C. cet axe sera abordé en suivi psychologique.

La prise en soin psychomotrice avec Mme C. a été une expérience très enrichissante. Ce suivi témoigne de l'engagement corporel et psychique de Mme C. et d'une recherche d'une identité professionnelle pour moi.

Arrivée à la fin de mon stage, certains questionnements sont encore présents. Je m'interroge notamment sur les nombreuses rechutes des sujets addicts. En effet, j'ai fréquemment rencontré des patients amenés à revenir en consultation après quelques mois, quelques années d'abstinence. Je me questionne alors sur la trace laissée par la psychomotricité aux patients addicts.

Comment l'expérience psychomotrice s'inscrit-elle dans le temps chez le sujet addict ? Il s'agit d'une réflexion à développer car je suis persuadée que l'approche psychomotrice à travers ses fonctions et caractéristiques possède un rôle majeur auprès de la population souffrant de trouble de l'usage.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams, P. (2018). *Anatomie du corps humain : Le squelette : atlas illustré*. Guy Trédaniel.
- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2^e éd. entièrement refondue). Masson.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Erès.
<https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Calais-Germain, B. (1991). *Anatomie pour le mouvement. T. 1 : Introduction à l'analyse des techniques corporelles* (2^e éd.). Deslis.
- Carric, J.-C. (2001). *Lexique du psychomotricien*. Vernazobres-Grego.
- Carton, S. (2005). La recherche de sensations : Quel traitement de l'émotion ?
Psychotropes, 11(3), 121-144.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques.
Cahiers de psychologie clinique, 2(17), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Crocq, M.-A, Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5^e éd.). Masson.
- Cupa, D., Reynaud, M., Marinov, V., & Pommier, F. (2010). Partie 1. Concepts et notions spécifiques. In *Entre corps et psyché les addictions*. (p. 23-118). EDK.
- Fabre, C. (2019). *Les appuis : Support de la prise en charge psychomotrice de patients cérébro-lésés*. [Mémoire psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274750/document>
- Fédération Française d'Addictologie. (s. d.). Consulté 23 avril 2021, à l'adresse
http://addictologie.org/spip.php?page=avecitre&id_rubrique=7
- Giromini, F., & Lesage, B. (2013). Quand le corps parle de soi-même...et à l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (174), 114-126.

- Guillaumin, J.-B. (1989). « Les premières interrelations mère/nouveau-né... ou la constitution d'un « miroir somato-psychique » ». *Evolutions psychomotrices*, 1, 27-33.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 36(1), 1-8.
- INSERM. (s. d.). *Addictologie*. Histoire de l'INSERM. Consulté 23 février 2021, à l'adresse <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/addictologie>
- INSERM. (2016). *Douleur*. INSERM La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- Larousse. (1980). In *Appui* (Larousse).
- Latour, A.-M. (2016). Quelques enjeux du travail de l'éprouvé. *Les cahiers de Corps et Psyché*, (8), 4-9.
- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie*. Elsevier Masson.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. Erès.
- Mariot, C. (2013). De l'accès à la verticalité chez l'enfant : la constitution de l'axe corporel. *JDP Petite Enfance*, (82), 31-33.
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2020). *Les conduites addictives*.
- Pinto, E. (2013). Le concept de dépendance psychologique à l'alcool est-il encore valable ? *Revue médicale de Liège* 68 (5-6)., 262-271. https://www.researchgate.net/publication/253330812_Is_the_concept_of_psychological_dependence_still_valid_today
- Pirlot, G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques. *Psychotropes*, 8(2), 97-118
- Ponton, G. (2012). Debout. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (172), 46-61.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
- Ramo, M. (2015). Chapitre 9. De la dépendance à l'autonomisation chez le sujet alcoolodépendant : Vers une reconstruction de soi par la psychomotricité. In *Cas pratiques en psychomotricité* 154-167. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0154>

- Raffegau, J. (2019). *Corps et addictions Réflexions autour des enjeux psycho-corporels en addictologie*. [Mémoire psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274252/document>
- Reynaud, M.-A. (2019). Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict. *Psychotropes*, 25(2), 113-127. <https://doi.org/10.3917/psyt.252.0113>
- Robert-Ouvray, S. B. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (132), 62-67.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer. (Œuvre originale publiée en 1993).
- Saïet, M. (2019). *Les addictions*. Presses universitaires de France.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Szczepaniak, M. (2016). Le vécu du corps à travers la pratique de la musculation. *Le Journal des psychologues*, 2(334), 49-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.334.0049>
- Tassin, J.-P. (2007). Neurobiologie de l'addiction : Proposition d'un nouveau concept. *L'information psychiatrique*, 83(2), 91. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8302.0091>
- Volckrick, É. (2007). Intervenir en tiers aujourd'hui. *Négociations*, 1(7), 75-88. <https://doi.org/10.3917/neg.007.0075>
- Winnicott, D. W., Kalamonovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage. (Œuvre originale publiée en 1997).

Vu par la maître de mémoire, Cécile GAGNON, Psychomotricienne DE.

À Dambach-la-ville, le 09/05/2021

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gagnon', written over a horizontal line.

Auteur : Marie HEINRICH

Titre :

Thérapie psychomotrice en clinique d'addictologie : un corps vécu dans l'extrême
« *J'aimerais me libérer de mes addictions qui dirigent ma vie et me donnent
l'impression de subir mon corps* »

Mots - clés addiction – psychomotricité – sensations – appuis – identité
addiction – psychomotricity – sensory- support – identity

Résumé : L'addiction est responsable d'une déstructuration psychique dont le corps se révèle être le reflet. En clinique d'addictologie je rencontre Mme C. pour qui le corps est désinvesti, il s'agit seulement « d'un objet » par lequel passer pour consommer. Dès lors, comment la psychomotricité peut-elle être un appui pour accompagner le sujet dépendant dans une redécouverte d'un corps solide, d'une identité autre que celle de l'addiction et d'un investissement corporel associé au plaisir. Ainsi, un travail autour des appuis, de l'axe, de la respiration, de la sensorialité et de la relation a permis à Mme C. de se réapproprier son corps autrement qu'à travers la consommation de substances ou de comportements addictifs.

Addiction is responsible for a psychic breakdown reflected on the patient's physical body. In an addictology clinic, I met Mrs C. for whom the body is disinvested, it's only "an object" through which to consume. Since, how can psychomotricity allow a support to accompany the addicted subject to discover of a solid body, of an identity other than that of addiction and of a bodily investment associated with pleasure. Therefore, works on the supports, the axis, the breathing, the sensoriality and the relationship allowed to reappropriate her body in a way other than through the use of substances or addictive behaviour.