



**L'APPROCHE PSYCHOCORPORELLE
DANS UN SERVICE D'ADDICTOLOGIE EN
POLYNÉSIE FRANÇAISE**

MÉMOIRE

Présenté par Camille RIMOND, psychomotricienne

**En vue de l'obtention du Diplôme Universitaire d'Addictologie
en e-learning**

Référent : Dr LAROCHELLE Yann, médecin addictologue , C.P.S.A Tahiti

**Responsable de l'enseignement : Dr KARILA Laurent, médecin addictologue, Hôpital
Paul Brousse – AP-HP**

Septembre 2023

RÉSUMÉ

En Polynésie française, le Centre de Prévention de Soins des Addictions propose des consultations en ambulatoire par une équipe pluridisciplinaire. Les motifs de consultations les plus courants sont les troubles d'usage du cannabis, de l'alcool, du tabac et de la méthamphétamine. L'addiction prend en partie ses racines dans l'histoire de vie de l'individu. Des défauts d'accordage dans la petite enfance entre l'enfant et la figure parentale peuvent mener à la constitution d'enveloppes psychocorporelles fragiles et empêchent la construction d'un corps solide et sécurisant. Puis, tout au long de la vie, des éléments de l'environnement pourront générer de l'angoisse ou du stress et devenir des facteurs de risque favorisant le développement d'addictions. Celles-ci touchent la personne dans sa globalité, dans les sphères somatique, psychique, émotionnelle et relationnelle. Le corps n'assure plus ses fonctions de soutien de l'identité. Les troubles addictifs restreignent la personne dans ses activités et dans sa mobilité. Nous illustrerons la pertinence de l'approche psychocorporelle dans le parcours de soin à travers trois cas cliniques. La psychomotricité a des fonctions de contenance et aide les patients à se réapproprier leur corps. D'autres méthodes psychocorporelles (activité physique dans la nature, massage, cohérence cardiaque, méditation de pleine conscience) sont proposées et apportent du bien être, de l'apaisement, une baisse du niveau du stress. Ces bénéfices permettent aux personnes de retrouver une meilleure image d'elles-mêmes et les aident dans leur combat contre les addictions.

ABSTRACT

In French Polynesia, the Center for Addiction Prevention and Care offers outpatient consultations through a multidisciplinary team. The most common reasons for consultations are disorders related to the use of cannabis, alcohol, tobacco, and methamphetamine. Addiction partly has its roots in an individual's life story. Mismatches in early childhood between the child and the parental figure can lead to the formation of fragile psychocorporeal boundaries and prevent the establishment of a robust and reassuring body. Throughout life, environmental elements can induce anxiety or stress and become risk factors promoting the development of addictions. These affect the individual as a whole, in the somatic, psychic, emotional, and relational spheres. The body no longer supports the identity functions. Addictive disorders restrict the individual in their activities and mobility. We will demonstrate the relevance of the psychocorporeal approach in the care pathway through three clinical cases. Psychomotility provides containment and helps patients reclaim their bodies. Other psychocorporeal methods (physical activity in nature, massage, cardiac coherence, mindfulness meditation) are offered and provide well-being, soothing, and a reduction in stress levels. These benefits allow individuals to regain a better self-image and support them in their battle against addictions.

REMERCIEMENTS

Je remercie Dr Yann LAROCHELLE, référent de ce mémoire, pour son intérêt porté à ce sujet. Nos échanges, ses éclairages cliniques et ses remarques ont été précieux.

Je remercie Dr Romain BOURDONCLE pour ses conseils, ses corrections, sa disponibilité qui m'ont été d'une grande aide.

Mes remerciements vont également à tous mes collègues du CPSA avec qui les échanges cliniques et le travail continuent d'être passionnants au fil des années.

Merci à mes amis, Max pour son coup de pouce informatique, et Hélène pour sa relecture.

Enfin, je remercie les patients qui ont accepté qu'une partie de leur histoire apparaisse dans ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
I- ADDICTOLOGIE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE	8
1- DÉFINITION DE L'ADDICTION	8
2- OFFRE DE SOIN EN ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE POLYNÉSIEEN	10
a- Promotion et prévention de la santé par le département de santé public.....	10
b- Le Centre de Prévention et de Soins des Addictions : le CPSA	10
II- LA PRISE EN CHARGE PSYCHOCORPORELLE EN ADDICTOLOGIE.....	11
1- CORPS ET ADDICTION	11
a- Addiction et défaut d'étayage dans le développement psychocorporel	11
b- Stress et addiction	14
2- LES THÉRAPIES PSYCHOCORPORELLES	15
a- Historiquement.....	15
b- Définition et objectifs des thérapies psychocorporelles	16
3- LES MÉDIATIONS CORPORELLES AU CPSA : OUTILS DE SOIN	17
a- Psychomotricité	17
c- La cohérence cardiaque.....	21
d- La méditation de pleine conscience	22
e- Massage.....	23
III- CAS CLINIQUES.....	24
1- NICOLE, 58 ANS	24
2- TEIVA, 36 ANS	28
3- MICHEL, 54 ANS.....	30
IV- DISCUSSION.....	33
1- LES POINTS ESSENTIELS	33
2- COMMENT PENSER L'INTÉGRATION DE L'APPROCHE PSYCHOCORPORELLE ET COMMENT MESURER SON EFFICACITÉ ?	34
3- DES RÉSULTATS À RELATIVISER.....	36
4- OUVERTURES ET PERSPECTIVES	36
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	45

TABLE DES FIGURES

Figure 1 – Facteurs de risque d'une addiction.....	9
Figure 2 – Atelier Pass'Sport Nature, vallée de Tipaerui, Papeete, Tahiti.....	19
Figure 3 – Exercice de cohérence cardiaque avec des patients en obligation de soins.....	21
Figure 4 – Massage polynésien à l'huile de monoï.....	23

INTRODUCTION

La maladie addictive s'installe au fur et à mesure des consommations, en provoquant un dérèglement de certaines fonctions cérébrales (1). La personne perd alors le contrôle sur ses consommations. L'addiction impacte le sujet dans ses conduites, dans son rapport au corps et dans sa façon d'être au monde. Comme dans beaucoup de sociétés du monde (2), la Polynésie française est concernée par la problématique des consommations de substances psychoactives et les troubles des usages.

Au cœur de l'océan Pacifique, à 16000 km de la France métropolitaine, la Polynésie française est composée de 118 îles, dont 76 sont habitées (3). L'ensemble des îles est regroupé en 5 archipels. La Polynésie française est une collectivité d'Outre-mer et bénéficie, par la loi organique de 2004, d'un statut d'autonomie (4). Elle est compétente dans le domaine de la santé et dispose d'un ministère de la Santé. Elle en assure l'organisation, le pilotage et la gestion dans le cadre de son régime d'autonomie politique et administrative. Pour les compétences régaliennes, le haut-commissaire de la République en Polynésie française (PF) représente l'État (5).

L'espérance de vie s'est améliorée depuis les années 1960 avec des programmes d'actions sanitaires (6), mais l'évolution démographique et des maladies génèrent des enjeux préoccupants pour la santé publique (7). La lutte contre les maladies dites évitables, constitue un enjeu et un défi majeur pour le secteur sanitaire et social.

Après avoir travaillé en service de pédopsychiatrie en tant que psychomotricienne à prendre en charge de jeunes enfants présentant des retards psychomoteurs corrélés à des troubles neurodéveloppementaux et/ou des troubles psycho-affectifs, j'exerce depuis cinq ans en service d'addictologie, où je m'occupe désormais de personnes adultes. J'ai rapidement fait des liens dans ma pratique entre les deux institutions, et j'ai observé des signes cliniques similaires aux différents âges des patients. La fragilité de l'image du corps, le recours à l'agir, le défaut de contenance du corps se retrouvaient présents aussi bien dans la psychopathologie des enfants suivis en pédopsychiatrie que dans la psychopathologie des adultes en addictologie. Cependant, la symptomatologie s'exprime différemment ; et notamment par les conduites addictives à l'entrée dans l'adolescence et à l'âge adulte. Chez la personne présentant un trouble des usages, la prise excessive des substances, la recherche de sensations et la perte de contrôle apporte un moyen d'adaptation pour lutter contre des angoisses parfois archaïques (8).

Le travail en équipe pluridisciplinaire, depuis le début de ma carrière est une grande richesse. A la croisée des regards des professionnels, les éléments des rencontres cliniques favorisent une prise en soin dynamique en constante réflexion, faite d'ajustements et de réajustements. Les espaces thérapeutiques offrent des espaces d'expression, de mobilisation, de transformation, de soutien aux corps abîmés, aux émotions bafouées, aux esprits qui souffrent.

Je souhaite dans ce travail mettre en lumière tout l'intérêt porté à s'occuper du corps en addictologie, non seulement dans son aspect somatique mais également dans son aspect sensoriel, relationnel et émotionnel. Nous verrons comment les thérapies psychocorporelles s'intègrent dans les dispositifs de soin en prenant les exemples de cas cliniques au Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) de Polynésie française dans lequel je travaille.

I- ADDICTOLOGIE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

1- DÉFINITION DE L'ADDICTION

Selon le Pr Laurent KARILA, l'addiction se caractérise par (9) : une perte de contrôle, un craving (envie irrépressible de consommer), une activité compulsive et un usage continu malgré les conséquences négatives.

Dans le DSM-V (2013) (10), les troubles liés à l'usage de substances s'évaluent par la présence d'au moins deux des onze critères suivants sur une période d'un an :

- consommation plus importante ou sur une période plus longue que prévu ;
- consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures ;
- consommation malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux engendrés ;
- efforts infructueux d'arrêt ou de diminution ;
- beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ;
- craving ;
- persistance d'usage malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychiques ;
- abandon des autres activités ;
- situations dangereuses engendrées ;

- tolérance ;
- sevrage.

Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction :

- légère si 2-3 critères ;
- modérée si 4-5 critères ;
- sévère au-delà de 6 critères.

L'addiction concerne les consommations de substances ou les consommations sans substance. C'est une pathologie multifactorielle variable dans ses manifestations, environnementale, développementale, héritable, neurobiologique et comportementale. L'environnement social, les stades de développement et les facteurs génétiques sont étroitement liés à la vulnérabilité à l'addiction. Les interactions entre les différents facteurs rendent la pathologie complexe (11).

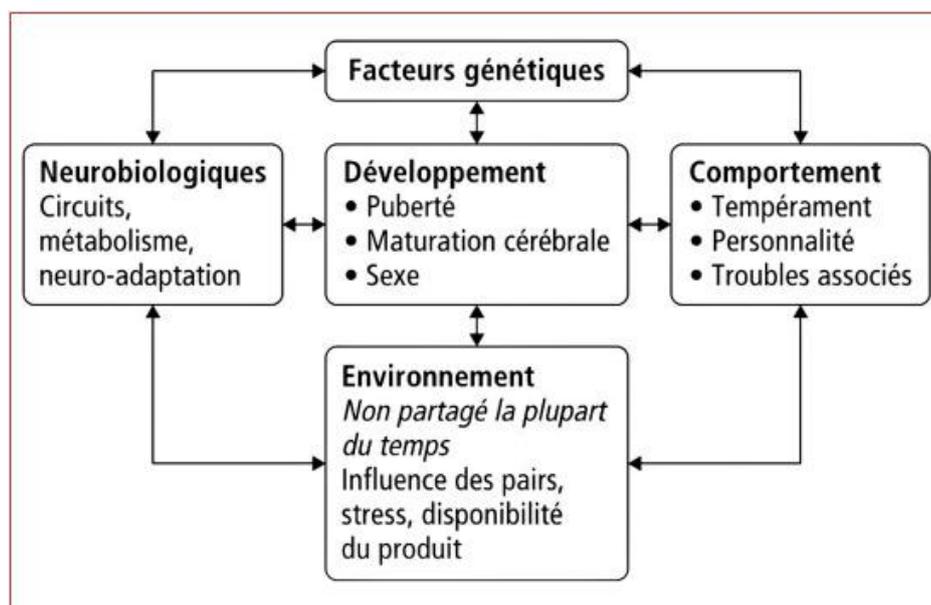


Figure 1 – Facteurs de risque d'une addiction

2- OFFRE DE SOIN EN ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE POLYNÉSIEN

a- Promotion et prévention de la santé par le département de santé public

Au sein de la Direction de la Santé, le Département de santé publique et de modernisation des soins de santé primaires est chargé de proposer des actions en matière de promotion de la santé, de prévention et de soins de santé primaires. Chaque année, il met en place des campagnes de prévention. Le calendrier prévisionnel des actions diffère de celui du calendrier national mais les actions sont similaires : Mois sans tabac, Dry January, campagnes publicitaires, affichages, etc. En mai 2022, une plate-forme sur internet a été créée et s'intitule *Aita tabac*, « *Non au Tabac* », en tahitien. Elle propose de l'information sur les dangers du tabac, un programme pour arrêter, et les contacts pour se faire accompagner (12).

b- Le Centre de Prévention et de Soins des Addictions : le CPSA

Le CPSA est l'unique service d'addictologie de Polynésie Française (13). C'est un service public, de la Direction de la Santé, sous la tutelle du Ministère de la Santé de PF. Le CPSA propose des consultations gratuites et anonymes. L'offre de soins peut s'apparenter à celle des CSAPA de l'hexagone. Le CPSA est le seul centre qui délivre de la méthadone dans le traitement de substitution des opiacés.

Ses missions principales sont l'accompagnement des personnes présentant un trouble des usages avec ou sans substances, la prise en charge addictologique, pluridisciplinaire des patients, la réduction des risques des consommations, le soutien aux « aidants » (familles et proches), et le travail en réseau avec les institutions médico-sociales et judiciaires (14).

L'équipe est pluridisciplinaire (14). Elle dispose de 3 ETP (équivalent temps plein) médecins addictologues, 5 ETP de psychologues cliniciennes, 3 ETP d'infirmiers, 1 ETP de psychomotricien, 2 ETP de secrétaires. Des prestataires extérieurs travaillent au CPSA, conventionnés avec la Direction de la santé ; actuellement une masseuse professionnelle et un éducateur sportif interviennent auprès des patients quelques heures par semaine.

Le service propose des soins de proximité en délocalisant des consultations à l'hôpital de Taravao (ville au Sud-Ouest de Tahiti à 60 km de Papeete) par une permanence médicale et

psychologique hebdomadaire. Egalement, des consultations spécialisées avancées dans 10 îles se déroulent une à quatre fois par an dans chacune d'entre elles (Raiatea, Bora Bora, Huahine, Nuku Hiva, Ua Pou, Hiva Oa, Tubuai, Rurutu, Rimatara, Hao) (14).

En 2022, selon le rapport d'activité du CPSA (14), 1801 patients ont consulté au CPSA. 5726 consultations s'y sont déroulées. L'âge moyen des patients est de 33 ans, en majorité des hommes. 44% des patients sont orientés par les services de justice, 26% ont été vus en milieu scolaire (collège et lycée), 21% ont été adressés par un proche, 5% par le milieu médical, 3% par une institution (1% autre).

Les produits à l'origine de la prise en charge sont le cannabis, appelé « paka » (37%), l'alcool (32%), le tabac (13%), la méthamphétamine appelée « ice » (10%). Les jeux d'argent et de hasard, les troubles compulsifs alimentaires et autres troubles des usages des substances (opiacés, médicaments..) représentent 8% des motifs de prise en charge.

II- LA PRISE EN CHARGE PSYCHOCORPORELLE EN ADDICTOLOGIE

1- CORPS ET ADDICTION

a- Addiction et défaut d'étayage dans le développement psychocorporel

Comprendre les addictions sous l'angle de la corporéité du sujet nécessite de s'intéresser aux théories de l'étayage corporel et de l'attachement propices à une représentation des modalités de constitution de la vie psychique (8).

Dès la sortie du ventre de sa mère, dans les premières secondes, le bébé perd le contact avec l'enveloppe utérine pour retrouver un contact privilégié avec la mère, qui le portera contre son corps et le réchauffera, ce qui sera à la base de la première identification à la personne, et sera également à la base de l'attachement. La relation d'objet s'instaure ici avec le premier objet d'amour qu'est la mère (15). C'est à partir de cette rencontre que le nourrisson va se nourrir des expériences de maternage, dans les bras de sa mère (ou du père, ou substitut maternel), dans un dialogue tonico-émotionnel (16).

Par les sensations toniques de son propre corps (mou, dur) et celles de son parent, il apprendra à ressentir son corps, à différencier le dedans du dehors, le vide du plein, à intégrer ses limites corporelles en même temps que son schéma corporel se construit. D'abord illusionné de ne faire qu'un avec sa mère, il développera un sentiment d'exister, différent d'autrui, et pourra petit à petit se séparer de l'autre. Par l'étayage de son corps en relation, et grâce au bain de langage, le bébé trouvera une autonomie psychique et corporelle, et gagnera à terme une identité corporelle et psychique adulte. Ainsi, la pensée émerge des expériences du corps (17).

Selon J. BOWLBY (18), le jeune enfant, pour développer ses compétences sociales et émotionnelles, a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Son développement psychomoteur permettra de se déplacer seul (se retourner, ramper, marcher,...) et va devenir plus efficient dans le maintien de la proximité avec la figure d'attachement. Il existe quatre styles d'attachement, à savoir l'attachement sécure, l'attachement anxieux évitant, l'attachement anxieux ambivalent et l'attachement désorganisé. L'enfant qui développe un attachement insécure peut être en difficulté pour intérioriser une figure d'attachement protectrice. Des troubles psycho-affectifs peuvent alors survenir dans son développement de manière durable (19), et peuvent engendrer le développement de troubles addictifs à l'adolescence ou à l'âge adulte. La substance ou le comportement addictif peut survenir comme base de sécurité faisant défaut chez la personne. Selon une étude récente, il y a un lien avéré entre l'attachement, les psychotraumatismes et les consommations de substances psychoactives (20).

D. WINNICOTT (1947) (21), développe l'importance du contact avec la mère au travers du holding (portage, contenance psychique et psychique), du handling (soins) et de l'object presenting (présenter au monde extérieur) pour l'intégration du Moi. Le bébé reçoit les gestes maternels tout d'abord comme excitation puis comme communication. Les phénomènes dits «transitionnels» permettent les activités de la pensée, de la rêverie et des fantasmes. L'enfant extrait parfois un élément particulier avec lequel il aura une relation élective, c'est l'objet transitionnel (21). Il peut s'agir d'un morceau de tissu, d'une peluche... Cet objet permet au bébé de se séparer de sa mère, de gérer au mieux la frustration du manque: il est objet de substitution maternel. Le bébé prend conscience à travers son rapport à cet objet que lui et sa mère sont distincts l'un de l'autre. L'objet transitionnel a pour fonction principale d'être une défense contre l'angoisse. Les addictions peuvent s'installer chez des

personnes qui n'ont pas pu construire suffisamment leur espace transitionnel dans l'enfance. Dans certains cas, ces personnes se sont construites dans une relation fusionnelle à la figure maternelle ; dans d'autres cas elles ont été dans le détachement par rapport à celle-ci. L'équilibre séparation-individualisation n'a pas pu correctement se faire. Le recours à la répétition des consommations viendrait comme un moyen de lutter contre l'effondrement qui les menace lorsque ces personnes se retrouvent seules (22).

Bryan, 18 ans, est polyconsommateur depuis l'âge de 14 ans. Il vivait aux Etats-Unis avec son père depuis l'âge de 11 ans. Il est revenu vivre à Tahiti à la demande de sa mère très inquiète pour sa santé physique et mentale. Dès son arrivée à Tahiti, il a été pris en charge par un médecin addictologue du CPSA et a été hospitalisé deux fois à la suite de bouffées délirantes aigües. L'addictologue lui propose de participer à un atelier d'activité physique en plein air que j'anime, afin de le raccrocher à une activité hebdomadaire qui puisse rythmer sa semaine, en dehors des longues journées solitaires à fumer du cannabis. Bryan a accepté de venir une fois seulement. Il est resté accroché à sa cigarette électronique dans une main et à son téléphone dans l'autre pendant toute la séance. Il a refusé de marcher avec les bâtons de marche. L'adhésion dans un nouveau groupe était certainement source d'anxiété pour lui ; garder le contact avec les deux objets, tels des objets transitionnels que l'on connaît chez les tous petits, pouvait être une source de réassurance, une transition entre son monde et celui de la réalité du groupe.

La peau, organe le plus étendu du corps humain a une fonction protectrice (23). Elle délimite l'intérieur de l'extérieur du corps. C'est le premier lieu d'échange avec autrui. E. BICK, dans les années 1960 (24), décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé et son importance dans sa croissance psychique. Puis D. ANZIEU (1985) postule le rôle fondamental de la peau dans la construction du sentiment d'existence et d'identité du bébé. Selon lui, le Moi s'étaye sur un moi-corporel, le Moi-peau (25). La peau est l'enveloppe du corps, tout comme le moi tend à envelopper l'appareil psychique. La peau prend différentes fonctions dont la fonction de contenance et de pare-excitation. La sécurité narcissique qui assure une base dans le sentiment d'exister s'étaye sur les fonctions de maintenance et de contenance, repérées dans les caractéristiques du Moi-peau (25). Dans l'addiction, le corps est rempli, vidé, troué, abîmé à l'intérieur et à sa surface. En mettant à

mal le corps et sa peau, les comportements addictifs peuvent révéler des défaillances de contenance du Moi-peau. Ces comportements tentent par l'objet de l'addiction de rétablir une régulation en restaurant une enveloppe psychique, en recherchant notamment des sensations physiques internes ou externes.

Au CPSA, nous rencontrons beaucoup de patients dont les troubles sont reliés à des problématiques de perte, de défaut d'étayage précoce, de traumatismes, de séparations. Leur corps renvoie à des histoires de vie marquées par des répétitions de rupture, d'abandons, d'échecs dans la construction de leurs identités. Le corps est attaqué dans son intégrité et dans ses limites. Selon les auteurs P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI « *L'objet d'addiction sert de prothèse à une élaboration corporelle non accomplie et permet de faire face à l'intériorisation d'une image pessimisée du corps et d'éviter la confrontation à toute représentation intolérable* » (26).

b- Stress et addiction

Le stress est un facteur de risque très répandu dans l'addiction (Figure 1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le stress comme « *un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquelles on est confrontés dans notre vie. Chacun éprouve du stress dans une certaine mesure. Toutefois, la façon dont nous réagissons face au stress fait une grande différence pour notre bien-être général* » (27).

Le stress entraîne des modifications physiologiques du corps et agit sur le système nerveux autonome (ANNEXE 1).

La consommation des produits psychoactifs active le système de récompense et la boucle du stress. Le stress peut agir sur les réponses aux drogues, et les drogues elles-mêmes peuvent avoir un effet sur les réponses physiologiques au stress (28). Avec du stress, les concentrations sanguines d'hormone adrénocorticotrope (ACTH) et de cortisol augmentent ; le rythme du cœur et la tension artérielle se modifient. Ces modifications peuvent favoriser le renforcement et l'envie de reprendre le produit.

Un accompagnement de la gestion du stress est alors utile dans le traitement des addictions. Des méthodes d'autorégulation, comme le biofeedback, la relaxation ou la méditation sont une aide pour comprendre, évaluer, mieux contrôler ses réponses physiologiques au stress (29).

L'approche transactionnelle du stress considère la consommation des produits comme une stratégie de coping. Le coping, décrit en 1966 par R. LAZARUS est définie par un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes (30). La consommation de produits peut être une stratégie de coping dysfonctionnelle. Ainsi la confrontation à des situations stressantes est un facteur à l'origine de l'apparition ou du renforcement de conduites addictives (31).

Dans les thérapies cognitivo-comportementales, un des objectifs thérapeutiques pour soigner les addictions peut donc être d'amener le sujet à renforcer les stratégies réputées efficaces pour réduire le recours à des stratégies dysfonctionnelles (32) . La pleine conscience peut être une technique dans le traitement de l'addiction (33).

2- LES THÉRAPIES PSYCHOCORPORELLES

a- Historiquement

Dans la santé mentale, les thérapies corporelles existent depuis des centaines d'années : hydrothérapie avec des bains chauds ou tièdes comme sédatifs, froids pour gagner en vitalité, purges, saignées pour se purifier, méthode de choc par injection d'insuline, électrochoc... Ces traitements étaient souvent pratiqués sans le consentement du patient dans un climat violent et coercitif (34).

Avec l'avènement de la psychothérapie institutionnelle et de la psychiatrie de secteur, des activités sont proposées aux patients pour les rendre actifs et favoriser leur insertion dans la vie quotidienne (jardinerie, potager, broderie, ateliers). Ces techniques encadrées par des soignants sont à l'origine de l'ergothérapie, discipline qui apparaît en 1940 avec F. TOSQUELLES (1967, 2009) à l'hôpital Saint-Alban, et de la thérapie occupationnelle (34).

Giselle SOUBIRAN est une des pionnières de la pratique psychomotrice. Au début des

années 50, elle rejoint le service du Professeur Julian De AJURIAGUERRA à l'hôpital Henri-Roussel. Elle y développera sa méthode de relaxation adaptée aux adultes et l'enseignera aux médecins et professionnels de santé de l'hôpital (35).

Dès 1960, la psychiatrie connaît de grandes transformations. Des activités artistiques comme le dessin, la danse, le mime, la musique sont proposées aux patients sur prescription médicale. A cette époque, les méthodes de relaxation et détente neuro-musculaire (relaxation de Bergès, sophrologie) se développent dans les institutions (34).

Les psychomotriciens ont initialement trouvé leur place dans les hôpitaux psychiatriques et les services de pédopsychiatrie. La psychomotricité, à la frontière de la neurologie et de la psychologie, s'appuie sur des techniques variées, des thérapies à médiation corporelle issues d'activités expressives et artistiques (34).

De nos jours, les professionnels de santé peuvent proposer des soins autour du corps. Des professionnels non médicaux peuvent aussi intervenir auprès des patients : art-thérapeute, sophrologue, etc.

b- Définition et objectifs des thérapies psychocorporelles

Les thérapies psychocorporelles travaillent sur le corps pour apaiser le mental et libérer les émotions. Elles comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques qui se servent du corps comme une médiation, et utilisent des techniques impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif. Les méthodes sont nombreuses. Nous pouvons citer l'art-thérapie, le Tai-Chi, le Qi Qong, le yoga, l'hypnose....

Toute méthode peut devenir thérapeutique au sein d'une institution de santé à partir du moment où elle répond aux objectifs et à la pertinence clinique définis au préalable par le médecin et par l'équipe soignante. Chaque méthode doit être documentée et représentée par un projet dans lequel le cadre des séances, les indications et les contre indications sont spécifiés.

3- LES MÉDIATIONS CORPORELLES AU CPSA : OUTILS DE SOIN

Au CPSA, les techniques corporelles sont apparues au moment du développement du service en 2018, en lien avec le développement des effectifs, de l'arrivée de la psychomotricité dans le service, et grâce aux formations dispensées à l'équipe (pleine conscience, PNL, hypnose, etc.). L'intérêt de l'équipe pour une approche holistique des soins permet aux thérapies corporelles de s'articuler avec les autres prises en charge.

Les temps de réunions cliniques et institutionnelles sont des espaces d'échanges et de partage sur les différentes prises en charge. Sur ces temps, sont discutées à la fois des orientations des patients dans les ateliers thérapeutiques, avec avis du médecin addictologue, ainsi que leurs évolutions cliniques dans ces ateliers.

Les groupes à médiation corporelle présentent une hétérogénéité dans le profil des patients ; on y retrouve une diversité par sexe, âge, produits consommés, stades de changements (36). Cette diversité des profils et des vécus apportent de la richesse dans les rencontres et les échanges qui en découlent.

Les indications ne sont pas centrées uniquement sur le trouble de l'usage ou le produit consommé mais elles ciblent aussi les manifestations psychiques et corporelles en lien avec les addictions : stress, sédentarité, douleur, inhibition, désinvestissement corporel, faible estime de soi, repli sur soi, négligence du corps, etc.

a- Psychomotricité

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Les psychomotriciens agissent par l'intermédiaire du corps et utilisent différents médiateurs (techniques corporelles, manuelles, sportives...) (37). D'après F. GIROMINI, « *Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage.* » (38). La thérapie psychomotrice tend à apporter au patient un vécu harmonieux qui puisse lui permettre d'ajuster ou de réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement et lui donner de meilleures possibilités d'adaptation. Le corps devient outil de soin, tel un espace transitionnel sur lequel la thérapie s'appuie pour soutenir le

processus de représentation, d'élaboration, de symbolisation etc. La thérapie psychomotrice se situe dans l'espace transitionnel décrit par WINNICOTT (38). Dans les addictions, le déplaisir (le craving, le manque) va rapidement être remplacé par le plaisir (qui comble, qui remplit) ; c'est ainsi qu'en psychomotricité le plaisir est recherché par les sensations apportées, il permet au patient de se reconnecter à la vie par un enrichissement de son vécu corporel.

La psychomotricité permettra d'apporter un espace de confort corporel, de travail d'écoute et de conscience du corps. D'après le psychiatre F. de SAINTE MARÉVILLE « *L'intérêt de la psychomotricité est notamment de faire émerger une demande de soin (souvent absente) en passant par une prise de conscience du mal-être qui peut s'exprimer par le corps, mais surtout par la découverte que celui-ci peut être le centre de sensations agréables, voire apaisantes et structurantes. L'idée est que le patient puisse retrouver un sentiment de liberté.* » (34).

Les orientations en psychomotricité se décident en réunion clinique hebdomadaire avec l'aval du médecin. Les indications sont variées : image du corps dévalorisée, mal être corporel, corps douloureux et inconfortable, état anxieux, stress, désinvestissement du corps, ralentissement psychomoteur etc. La prise en charge psychomotrice commence par un entretien. C'est une première rencontre en salle de psychomotricité, un espace d'écoute des besoins et des attentes, un temps d'investigation sur les aspects corporels, la relation au corps, d'observations des signes cliniques, de la posture. Eventuellement, cet entretien pourra être approfondi lors d'une autre séance par le repérage de troubles psychomoteurs (troubles de la régulation tonique, difficulté de repérage espace-temps, troubles des coordinations, de l'équilibre) liés à l'addiction et aux comorbidités psychiatriques, par la passation de tests standardisés. A la suite de cet entretien, une prise en charge de groupe ou individuelle est proposée, en définissant le cadre des séances et le projet thérapeutique.

b- L'atelier Pass'Sport Nature du CPSA : Activité Physique Adaptée (APA)



Figure 2- Atelier Pass'Sport Nature, vallée de Tipaerui, Papeete, Tahiti

Depuis quatre ans, je co-anime l'atelier Pass'Sport Nature avec un éducateur sportif. Nous y proposons de la marche nordique et des exercices de remise en forme. La marche nordique est décrite dans le MÉDICOSPORT-SANTÉ© (39), qui est un dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Celui-ci recense les caractéristiques physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline ainsi que les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé. Chaque protocole fédéral présenté dans le MÉDICOSPORT-SANTÉ a été validé par le comité medicosport-santé du Comité National Olympique et Sportif Français composé d'experts médicaux, kinésithérapeutes et d'experts en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

Dans le cadre de l'atelier Pass'Sport Nature, les activités physiques adaptées pratiquées régulièrement influencent positivement le contrôle de la consommation. Des études expérimentales et cliniques ont permis de montrer que cette intervention non médicamenteuse induit de nombreux bénéfices en addictologie (40), (41), (42). L'activité physique apporte des bienfaits psychologiques et fait notamment baisser le stress et l'anxiété (43).

Un certificat de non contre-indication à la marche est demandé au préalable de l'inscription. Il peut être fait par le médecin traitant du patient ou par le médecin généraliste

addictologue du CPSA. Cinq séances au minimum sont proposées au patient pour lui permettre une progression physique et mentale.

La marche nordique est une activité d'endurance, accessible à tout niveau. Elle se pratique avec deux bâtons pointus. Elle sollicite une posture droite du dos avec une légère inclinaison du tronc ; les bâtons facilitent la propulsion vers l'avant tout en recrutant plus de groupes musculaires que la marche traditionnelle. Le mouvement nécessite une synchronisation main/pied, avec l'avancée de la main et du pied opposés en même temps. La dépense énergétique est plus importante pour la même distance à la même vitesse que sans bâton (44). C'est une activité à dominante aérobie ; elle va permettre d'induire des bénéfices au niveau cardiovasculaire et respiratoire (45). Elle est donc particulièrement adaptée aux patients en sevrage tabagique ou cannabique.

Les exercices d'échauffement, de renforcement musculaire, d'équilibre, de coordinations dynamiques générales, et d'étirements prennent en compte le corps dans sa globalité dans ses composantes toniques et neurologiques. Les troubles psychomoteurs retrouvés dans la clinique des addictions peuvent être améliorés ou compensés par le renforcement d'autres acquisitions psychomotrices dans ce travail corporel dynamique.

Les objectifs sont multiples :

- (ré)investir le corps dans le mouvement, se (re)dynamiser, travailler les coordinations, l'endurance, la souplesse ;
- Améliorer la condition physique notamment la capacité respiratoire, réduire et prévenir les pathologies somatiques collatérales aux addictions ;
- Renouer le contact relationnel dans un travail de groupe ;
- Investir de nouveaux lieux, se ressourcer dans la nature ;
- Améliorer le moral, lutter contre l'ennui et la sédentarité ;
- Retrouver une autonomie à pratiquer l'activité physique.

Les patients qui s'investissent dans l'activité sur du moyen ou long terme sont évalués en début de cycle, puis tous les trois mois. Les tests évaluent l'endurance, l'équilibre statique, la force musculaire des membres supérieurs et des membres inférieurs. Les tests, en faveur

d'une progression témoignent de manière factuelle une amélioration de leurs capacités physiques et respiratoires et vont les encourager à poursuivre l'activité physique.

c- La cohérence cardiaque



Figure 3- Exercice de cohérence cardiaque avec des patients en obligation de soin

La cohérence cardiaque se définit comme un phénomène de balancier physiologique issu de la synchronisation de l'activité des systèmes nerveux autonome et du système cœur-cerveau. Née aux Etats-Unis il y a une quinzaine d'années, le concept de cohérence cardiaque est issu des recherches médicales, en neurosciences et en neurocardiologie. Son impact sur la gestion du stress a été étudié par l'institut HeartMath et a été introduit en France par les médecins D.SERVAN SCHREIBER et D. O'HARE (46).

Ce processus physiologique sert à lutter contre le stress et s'appuie principalement sur la variabilité du rythme cardiaque et sur le phénomène de résonance cardiaque. La cohérence cardiaque permet de retrouver un équilibre entre le système sympathique (active, prépare à l'action pour réagir au stress) et le système parasympathique (ralentit nos fonctions, apaise, restaure) qui composent le système nerveux autonome. Plus l'amplitude de la variabilité sera élevée, plus l'état d'équilibre et de santé sera élevé.

Pour obtenir des bénéfices, la cohérence cardiaque doit se pratiquer régulièrement, idéalement 3 fois par jour, avec 6 respirations par minute et pendant 5 minutes (46).

En 2017, une méta-analyse montrait que la pratique de la cohérence cardiaque diminue l'anxiété, néanmoins l'efficacité de la cohérence cardiaque n'a pas été prouvée car il n'y a pas

eu suffisamment d'études correctement contrôlées et la méthode reste au stade d'approche prometteuse (47).

Au CPSA, la cohérence cardiaque est proposée systématiquement dans les « groupes motivationnels » des patients en obligation de soins adressés par la justice. Une majorité d'entre eux se trouve en situation de précarité, d'instabilité familiale et professionnelle. Ces personnes majoritairement masculines expriment peu leurs émotions. Les niveaux d'écoute de soi et de leurs besoins sont faibles. La cohérence cardiaque est souvent une découverte surprenante pour eux. Les soignants leur font pratiquer l'exercice pendant 5 mn avec un support visuel et auditif. La majorité des patients participe sans difficulté et dit se sentir détendue. Le retour sur la pratique est généralement positif et suscite de l'intérêt à poursuivre au-delà de la séance.

d- La méditation de pleine conscience

La pleine conscience est une méthode introduite en 1979 par un professeur américain J. KABAT-ZINN (48). Elle vise le changement de la relation entre les émotions et les cognitions de l'individu. La pratique de la méditation de pleine conscience est basée par la concentration sur le moment présent, l'attention à soi, la prise de conscience de ses sensations et de ses émotions à l'instant présent. Elle permet d'augmenter la capacité à accueillir les états affectifs, confortables ou inconfortables, dans un rapport de non jugement ; cela permet de mieux tolérer les effets inconfortables et les diminuer (49).

Avec une pratique régulière, la MPC fait baisser le niveau de stress. Dans les addictions, elle peut permettre de faire diminuer le craving, l'envie irrésistible de consommer. Selon les psychologues P. GRAZIANI et L. ROMO « *la méditation agit sur l'autorégulation de l'attention et elle devrait permettre de neutraliser la réponse automatique conditionnée d'utilisation de substances chez des personnes addictes.* » (33).

Un programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience en huit séances appelé MBPR (Mindfulness Based Relapse Prevention) existe. A ce jour, les recherches scientifiques présentent des résultats encourageants en lien avec une diminution des envies de consommer ainsi que du risque de rechute (49)

Au CPSA, la méditation de pleine conscience est utilisée par la psychomotricienne et les psychologues dans les thérapies individuelles, et dans le groupe « prévention de la rechute »

animé par un binôme de soignants.

e- Massage



Figure 4- Massage polynésien à l'huile de monoï

Depuis quatre ans, une masseuse professionnelle travaille en tant que prestataire dans le service, en proposant trente matinées de massages par an.

Le massage polynésien appelé *Taurumi* fait parti de la médecine traditionnelle (50). Les *Tahu'a*, guérisseurs polynésiens, pratiquaient les massages avec du *monoï* (huile de noix de coco parfumée aux fleurs).

Le massage polynésien s'effectue grâce à des grands mouvements fluides et rythmés des avant bras, des coudes, des mains, permettant aux blocages énergétiques (émotionnels et physiques) de se libérer pour atteindre un bien-être physique et mental.

Trois séances de massage d'une heure sont proposées pour chaque patient, sur une durée de trois semaines à un mois. Le massage est proposé selon les indications suivantes :

- Soulager les symptômes de sevrage et les douleurs ;
- Apporter des sensations de bien-être et de détente ;
- Apporter des sensations de plaisir autrement que par la prise des produits ;
- Réinvestir le corps mis à mal dans les conduites de consommations répétitives.

Les massages sont contenant, enveloppant. Les mains, les avant bras de la masseuse qui viennent au contact de la peau et des muscles du patient soutiennent son corps dans sa globalité. Les patients libèrent souvent leurs émotions, pleurent, verbalisent leur ressenti, font des liens entre le ressenti du massage et leurs histoires. Le massage offre un temps de retour à soi qui va contribuer à aider la personne addictive à sortir des répétitions de comportements à l'origine d'une souffrance corporelle et psychique.

Il est courant qu'après le cycle des trois séances, du changement s'opère au niveau des habitudes de consommation, du moral, de l'hygiène de vie, du sommeil.

III- CAS CLINIQUES

1- NICOLE, 58 ANS

Nicole consulte pour la première fois au CPSA en septembre 2022. Le motif de consultation est un trouble d'usage aux benzodiazépines. Le premier contact pour la prise de rendez-vous se fait par téléphone avec un soignant ; Nicole sera reçue par un médecin sur décision d'équipe pour une évaluation de la dépendance.

Nicole a 58 ans. Elle vit à Tahiti depuis 4 ans. Nicole est manipulatrice radio. Elle est divorcée. Elle a une grande fille en France dont elle n'a plus de nouvelles ; et un fils décédé, par suicide, il y a 15 ans. Actuellement, elle ne travaille pas ; elle attend de se sentir mieux pour chercher un nouvel emploi.

Sur le plan médical, Nicole a subi une abdominoplastie et une mammoplastie en 1992. Nicole décrit des insomnies depuis le décès de son fils, et prend depuis cette époque des anxiolytiques de la famille des benzodiazépines pour l'aider à s'endormir. Elle a été suivie par des psychiatres de 2006 à 2019, et avait un traitement d'antidépresseurs. Nicole a fait une sleeve il y a 4 ans et a perdu 28 kg. Un trouble alimentaire avec conduites boulimiques existe depuis plusieurs années.

Au niveau des antécédents familiaux, ses parents étaient divorcés. Nicole ne prononce pas le mot « mère » mais « génitrice » pour parler de sa mère ; elle ne l'a pas vue depuis l'âge de 19 ans ; elle dit avoir subi de la maltraitance physique et psychique. Elle est encore en lien avec son père âgé de 88 ans, mais elle ne le voit plus. Nous pouvons supposer qu'un attachement sécure n'a pas pu se mettre correctement en place dans son développement

psycho-affectif.

Depuis ces trois derniers mois, Nicole a pris 30 kg. Elle fait des crises d'hyperphagie, en mangeant de manière compulsive de la glace et de la pizza. Le sommeil est perturbé par des réveils nocturnes. Elle consulte au CPSA pour un sevrage au Zopiclone (IMOVANE)®, Par ailleurs, elle est impliquée dans un litige suite à l'achat d'une voiture, qui découle sur une procédure judiciaire, ce qui lui génère beaucoup de stress.

Le médecin addictologue, spécialisé en trouble du sommeil, la reçoit et applique en consultation des méthodes de thérapies cognitivo-comportementales et d'éducation thérapeutique avec mise en place d'un agenda du sommeil. Il préconise un changement de traitement avec de l'hydroxyzine (ATARAX®), un antihistaminique, non benzodiazépine, 25mg le soir. A la consultation suivante, Nicole ne prend plus de Zopiclone. Les troubles du sommeil restent très prononcés, ainsi que les troubles alimentaires en journée. En octobre 2022, le médecin adresse Nicole chez un confrère psychiatre, en libéral, pour travailler sur un diagnostic de bipolarité, posé à Nouméa il y a cinq ans sans qu'il y n'ait jamais eu d'introduction de thymorégulateurs. Il propose également de débiter une thérapie psychomotrice au CPSA, et lui propose de la revoir trois semaines plus tard. Le médecin m'adresse Nicole en réunion clinique hebdomadaire pour l'aider à retrouver une meilleure image de son corps et apaiser les angoisses dont elle souffre par l'approche psychocorporelle.

La première rencontre en psychomotricité débute par un entretien. Nicole est calme, d'apparence triste, sa voix est douce. Le calme intérieur contraste avec une apparence physique singulière, pointée d'excentricité. Son corps est tatoué, du cou jusqu'aux pieds. Les cheveux sont longs, noirs et lissés. Je lui demande ce qu'elle a compris des raisons qui justifient l'orientation du médecin vers la prise en charge psychomotrice. Nicole reprend alors les éléments de son histoire et les problématiques de consommation de médicaments, en lien avec de l'anxiété, des troubles du sommeil, des conduites d'auto-apaisement par la nourriture. Le décès de son fils est également évoqué. Elle me parle du contentieux juridique source de son anxiété. Je l'interroge sur ses loisirs ; Nicole est passionnée par le tatouage et elle est en formation de tatoueuse. Elle me raconte l'histoire de ses tatouages en respectant l'ordre chronologique de réalisation, à quoi ils correspondent ; certains représentent des motifs polynésiens riches en symboles, d'autres sont figuratifs ; certains sont noirs, d'autres colorés ; Comme un livre ouvert, ses tatouages sont l'histoire de sa vie. Sur un bras est tatoué le prénom de son fils décédé. Les liens affectifs marquent sa chair. Malgré l'émotivité et des

larmes qui jaillissent dans son récit, Nicole parle aisément. A l'issue de cet entretien, j'en comprends que cette femme porte des blessures profondes.

Je lui propose dès cette première rencontre de la relaxation dynamique avec des étirements, des mouvements doux, de la respiration. Les exercices de respiration d'inspiration-rétention-expiration apparaissent difficiles pour elle ; Nicole me décrit que la rétention est vécue comme l'arrêt de respirer et qu'elle a l'impression de suffoquer. Enfin, je lui propose un temps de relaxation en passif, allongée en décubitus dorsal, je me place à côté et la guide avec des indications verbales. Je la recentre sur sa respiration, l'invite à prolonger l'expiration, à ressentir les sensations. Puis, je propose un exercice de « scan corporel » en l'invitant à détendre les différentes parties du corps en les citant les unes après les autres. A la verbalisation, Nicole me dit qu'elle a réussi à se détendre, mais qu'elle a eu du mal à se voir dans le miroir pendant les premiers exercices. Sa prise de poids récente la rend mal à l'aise dans son corps. Je l'invite à la revoir la semaine suivante et lui propose également trois séances de massage avec la masseuse professionnelle qui intervient au CPSA. Elle accepte ces prises en charge et me répond que les massages sur son corps ne seront pas agréables pour la masseuse. Ces réactions transférentielles me permettent de reprendre les objectifs thérapeutiques et la réassurer. L'image du corps, très dévalorisée rend le travail sur le corps difficile pour elle. Les expériences contenantantes seront privilégiées.

A la deuxième séance, Nicole pleure beaucoup, se sent très mal, m'explique qu'elle ne dort plus, et continue d'avoir des crises de boulimie. Je lui propose de reprendre les exercices de relaxation, en la positionnant dos au miroir cette fois pour ne pas la mettre en difficulté avec son image. Nicole s'engage bien dans le travail.

Parallèlement à son suivi au CPSA, Nicole a commencé le suivi avec un psychiatre en libéral et a fait des séances d'EMDR avec une psychologue pour l'aider à dépasser le traumatisme du décès de son fils. Le psychiatre lui prescrit un antidépresseur, la fluoxétine (PROZAC®).

Progressivement, Nicole s'est relevée de son état de souffrance. Elle a arrêté les crises de boulimie et a repris le sport à domicile en faisant du vélo d'appartement. Elle a perdu du poids rapidement.

Le suivi en psychomotricité a continué plusieurs mois, et Nicole se sentait de mieux en mieux, les rendez-vous se sont alors espacés. Nicole venait avec beaucoup de plaisir, elle

avait retrouvé le sourire. La perte de poids lui a permis de se sentir mieux dans son corps. Elle affirme que la prise en charge avec les différents professionnels débutée depuis novembre lui a fait beaucoup de bien, et que le traitement médicamenteux la stabilise. Pleine de gratitude, Nicole m'offre un tableau qu'elle a dessiné, avec des symboles marquisiens, symboles utilisés dans les tatouages polynésiens. Nicole a retrouvé une énergie et de la confiance pour reprendre le travail à plein temps dans une clinique privée.

Je continue de proposer de la relaxation en variant les méthodes. Dans les dernières séances, je la laisse choisir en début de séance parmi toutes les pratiques déjà utilisées en fonction de ce dont elle a besoin au moment présent. Nicole choisit préférentiellement les méthodes de relaxation avec toucher, mobilisations passives, et pressions.

La dernière séance a eu lieu en juin, soit 8 mois après le début du suivi. Ce jour-là, son humeur était joyeuse. Nicole avait eu quinze jours auparavant un lifting des cuisses. Nicole est dans une quête idéale d'un corps parfait. La période post-opératoire avait été très douloureuse. Nicole décrit cette douleur comme symboliquement la dernière souffrance qui s'est libérée et qui est venue signer le point final des périodes de souffrance psychologique. Une fois de plus, Nicole exprime une fragilité de son enveloppe psychocorporelle. Sa silhouette s'était transformée, et Nicole se réjouissait de remettre des jeans en taille 36. Cette séance de psychomotricité était programmée comme la dernière au vu du bien-être qu'elle avait gagné et qui tendait à se stabiliser depuis plusieurs semaines. Cette dernière séance a permis de refaire un bilan de son évolution ; c'était donc le moment propice pour arrêter la thérapie psychomotrice. Au cours de cette dernière séance, Nicole a repris rétrospectivement les différents états par lesquels elle est passée depuis son début de prise en charge au CPSA. Elle parle des débuts comme une période où « elle était au fond du trou et voulait en finir ». Elle dit se sentir heureuse aujourd'hui, elle « sent que quelque chose a changé à l'intérieur d'elle-même sans vraiment savoir ce que c'est ». L'addiction aux médicaments est maîtrisée, et pour le moment les crises de boulimie ont disparu.

Les séances en psychomotricité lui ont permis d'apporter un soulagement dans son corps, une meilleure acceptation d'elle-même, à une période de sa vie où le simple fait de penser à sa respiration était difficile, où se regarder dans le miroir, recevoir un massage, se poser sans bouger le temps d'une relaxation était très compliquée. La relaxation, le massage ont permis une réappropriation de l'enveloppe corporelle et sa fonction d'interface avec le dedans et le dehors, entre soi et l'autre. L'enrichissement du vécu du corps dans les séances a

permis une réunification de son schéma corporel, un apaisement des angoisses.

Le suivi avec le psychiatre en libéral se poursuit. Nicole reste fragile et instable émotionnellement, et les troubles de personnalité de Nicole doivent continuer à être pris en charge.

2- TEIVA, 36 ANS

Teiva, 36 ans, est reçu pour la première fois au CPSA en 2015, par une infirmière dans le cadre d'un premier entretien d'évaluation. Teiva est en obligation de soin décidée par le juge d'application des peines pour une affaire de plantation et de consommation illégales de cannabis. Teiva est polynésien, séparé depuis peu de temps de sa conjointe, et a un fils de 5 ans. Une double affaire judiciaire est en cours, pour violence conjugale.

Teiva consomme du cannabis, appelé « paka », quotidiennement depuis ses 14 ans. Il consomme plusieurs fois par jour, et assure que le paka ne lui apporte que du positif : ça le soigne, ça le calme, ça l'aide à dormir. Il consomme de l'alcool une fois par semaine, à raison d'un pack de bière (6x 33cl=8UA) par soirée. Teiva décrit des consommations d'alcool qui peuvent devenir quotidiennes et abusives selon les périodes. Il a arrêté de fumer du tabac il y a 8 ans. Il fumait 30 cigarettes roulées par jour. Teiva est un ancien consommateur de méthamphétamine, appelée « ice ». Il a consommé de l'ice de 24 à 26 ans, quotidiennement. Il est entré dans le trafic afin d'y avoir accès gratuitement compte tenu du prix très élevé du gramme d'ice. Teiva a décidé de lui-même d'arrêter d'en consommer en voyant sa santé se dégrader ; il ressentait une douleur aux poumons et avait perdu du poids. Teiva dit avoir essayé « toutes les drogues » en milieu festif depuis l'âge de ses 20 ans (LSD, ecstasy, cocaïne, etc.).

A l'issue de ce premier entretien, l'orientation vers une psychologue et un médecin du service est décidée en réunion d'équipe. En juillet 2018, Teiva rencontre des problèmes au travail, dit se faire harceler par son patron qui le menace de licenciement. Il décrit du stress, et la crainte de devenir violent envers son patron. Les consommations d'alcool et de paka sont remontées. Le médecin me l'adresse pour l'aider à mieux gérer ses émotions par l'approche corporelle.

Dès la première rencontre, Teiva me parle facilement de son histoire, de sa consommation quotidienne de cannabis, et de son ancienne activité de trafiquant à l'origine de la condamnation judiciaire. Il décrit le paka comme faisant partie de sa vie et revendique sa

consommation. Le paka l'aide, entre autres, à soulager des douleurs. Il n'y a aucun désir d'arrêt ou de diminution. Il peut, à ma demande, réduire sa consommation de paka avant la séance (8h30) pour respecter le cadre thérapeutique. Teiva présente des douleurs chroniques au niveau cervical C4/C5 et sacro-lombaire L5/S1 ainsi qu'une fatigue musculaire et sensation d'inconfort au niveau des membres inférieurs. Ces douleurs ont augmenté en intensité depuis une dizaine d'années et tendent à l'handicaper au quotidien. Teiva dit ne pas avoir pris en charge ses douleurs faute de moyens financiers.

Teiva est tatoué sur la majeure partie du corps. Les tatouages réalisés pendant son adolescence sont une marque d'appartenance à un groupe (culture de musique métal) ; les symboles sont puissants et violents (tête de mort, fil barbelé...). C'est en parlant de ses tatouages que Teiva fait des liens avec son passé, son enfance passée en l'absence de son père dans un environnement peu bienveillant.

Teiva est dans la revendication et a du mal à respecter les limites, le cadre. Il se décrit comme « anti-système ». Il s'oppose à toute forme d'institutions : politique, judiciaire, sociale. Le cadre thérapeutique lui-même a été attaqué au début (horaires non respectés, discours déviant, etc.) mais, par la constance du cadre, Teiva a pu s'y insérer progressivement.

Je propose de la relaxation dès la première séance. Teiva est enchanté par cette approche et affirme « c'est génial que le service reconnaisse que passer par le corps est important ! ». Teiva ressortira de la séance plus calme et plus apaisé.

Je vais suivre Teiva pendant 4 ans, ainsi que la psychologue avec qui j'échangerais régulièrement sur ce patient. Son suivi avec le médecin addictologue s'est estompé avec le temps. L'approche corporelle que je lui ai proposée (étirements, travail postural, relaxation) a été appréciée et lui apportait un état de bien-être. Cet espace d'écoute du corps et de détente venait contraster avec un corps qui se trouvait spontanément dans l'agir. Des liens et des représentations venaient se rattacher aux perceptions.

Plusieurs obligations de soins vont se succéder et rallonger le temps de soin obligatoire car plusieurs affaires de violence et de conduite sous l'emprise de l'alcool se cumulent. Le suivi va être momentanément arrêté en 2020 sur une période de 10 mois durant laquelle Teiva sera incarcéré. Il reprendra le suivi quelque temps après la sortie de prison. Au-delà de l'obligation de venir soigner ses addictions, Teiva a trouvé beaucoup de soulagement dans le soin psychocorporel ; il était en demande de séances régulières et rapprochées. La

prise en charge psychocorporelle a permis d'offrir un espace d'écoute du corps et de détente, Teiva a réussi à s'étayer sur le suivi pour mieux gérer ses émotions et ses douleurs.

Teiva a également bénéficié d'une quinzaine de séances de massages avec la masseuse professionnelle étalées sur les 4 années. D'après la masseuse, chaque séance de massage a apporté un réel soulagement, une diminution des douleurs cervicales et lombaires, la diminution des tensions musculaires et un apaisement psychologique.

Le suivi addictologique de Teiva a été long et tumultueux car secoué par l'instabilité de la vie et les conduites psychopathiques de cet homme. La stabilité du cadre thérapeutique a servi de pare-excitation (51). Avec le temps, la maturité, l'étayage des séances, l'apprentissage d'un auto-contrôle de l'impulsivité, Teiva a changé, petit à petit. D'un stade de pré contemplation, Teiva a franchi les étapes, et a changé ses comportements. Soucieux de sa santé, il a diminué l'alcool, et a de nouveau arrêté le tabac. Il envisage de consommer le paka avec un vaporisateur pour éviter la combustion de la fumée en consommant à la pipette. Récemment, il s'est mis en couple avec une jeune femme et semble plus apaisé. Sa situation professionnelle reste instable et précaire, Teiva a du mal à rester sur le même poste car il se retrouve perpétuellement en conflit avec son employeur. Au regard d'une consommation d'alcool et de cannabis plus modérée et contrôlée en lien avec une meilleure santé mentale, nous avons décidé, la psychologue et moi-même de lever l'obligation de soin. Teiva était d'accord pour arrêter le suivi et a verbalisé sa reconnaissance pour l'aide apportée par le service. Depuis, il m'a rappelée une fois par téléphone pour me demander les coordonnées d'un ostéopathe afin de continuer à s'occuper de lui.

3- MICHEL, 54 ANS

Michel, 54 ans, consulte pour la première fois au CPSA en novembre 2022, à la demande de sa femme, pour une problématique de consommation d'alcool. La prise de rendez-vous se fait par téléphone entre Michel et un soignant. Au vu des premiers éléments, il est décidé en équipe qu'une psychologue le recevra.

Michel est marié, il a un enfant de 20 ans, et vit à Tahiti depuis 14 ans. Il a monté une société de création d'objets en bois local (magnets, porte clés) et travaille seul, à son compte. La consommation d'alcool est quotidienne et date de plusieurs années. Des alcools forts sont consommés, rhum et whisky, entre 50 et 75cl par jour. La première prise débute en fin de matinée. La consommation de tabac est de deux paquets de cigarettes industrielles, soit 40

cigarettes par jour. La demande du patient se dirige vers une diminution d'alcool plutôt qu'un arrêt. La consommation est à l'origine de disputes dans le couple. Des signes de sevrage sont décrits (tremblements, sueurs). Des bilans hépatiques passés régulièrement révèlent des taux élevés de gamma GT. Le premier entretien révèle un trouble d'usage d'alcool et de tabac, associé à des éléments dépressifs, et des troubles du sommeil. La psychologue l'oriente vers un médecin du service et maintient son suivi.

Michel rencontre le médecin fin novembre. Son moral est auto-estimé à 6/10. Auparavant Michel aurait pris du baclofène qu'il avait mal toléré. Actuellement, il n'y a pas d'envie suicidaire, mais Michel dit se sentir inutile. Le médecin prescrit un antidépresseur.

Lors de la deuxième rencontre avec le médecin, deux semaines plus tard, Michel dit avoir légèrement diminué l'alcool. Le médecin propose à Michel de participer à l'atelier « Pass'Sport Nature », proposition qu'il acceptera immédiatement. Un certificat de non contre-indication à la marche nordique sera réalisé par son médecin généraliste. Le médecin et la psychologue m'adressent Michel en réunion clinique ; les indications portent sur la remise en forme physique et la socialisation comme aides au sevrage.

Je reçois pour la première fois Michel dans ma salle pour lui présenter l'activité, le cadre, et les objectifs des séances. Michel parle peu, la posture est avachie. Je lui fais passer un questionnaire « activité physique et sédentarité » créé par l'ONAPS (ANNEXE 2). Le questionnaire révèle un profil d'inactivité et de sédentarité importante. Il passe 10 heures assis par jour, dont 8h devant un écran (4h de télévision le matin et 4h de travail sur l'ordinateur l'après-midi). Les tâches ménagères sont faites par sa femme. Les déplacements hors du domicile se font en voiture, et aucune activité physique n'est pratiquée.

A la première séance de marche, Michel nous attend en fumant une cigarette. Il nous raconte qu'il s'est acheté des baskets pour l'occasion, ce qui signe un premier engagement dans l'activité. Trois autres patients participent à l'activité. Ce jour-là, la séance se déroule dans un parc, qui longe la rade de Papeete, le relief est plat, avec des endroits ombragés. La séance débute par un temps d'échauffements, puis de marche avec les bâtons. Les bâtons semblent l'encombrer dans les premiers temps. Michel participe bien mais restera silencieux pendant la séance. Puis, l'éducateur sportif lui fait passer des tests d'effort. L'équilibre statique unipodal, l'équilibre dynamique, la force des bras avec haltères de 3kg, la force des jambes avec squats, et une marche sur 6 mn sont évalués. Michel est en difficulté sur les équilibres ; l'équilibre statique est très précaire. La motricité générale est peu assurée. Comme

à toute fin de séance, des étirements sont proposés. Michel cherche les appuis contre les arbres pour renforcer les appuis sur les bâtons afin de ne pas chuter. Dès lors que le matériel sera rangé et avant même de se dire au revoir, Michel sortira de sa poche son paquet de cigarettes pour en allumer une ; nous interviendrons pour préconiser d'attendre deux heures après les efforts pour éviter un risque d'accident cardiaque et de ne pas fumer une heure avant l'activité la prochaine fois si cela est possible pour lui (52). Michel bougonnera et semblera très surpris par ces préconisations.

Dès son inscription, Michel sera assidu. Il n'a pas manqué une seule séance depuis plusieurs mois et il est toujours le premier arrivé. Il s'est acheté ses propres bâtons, une casquette, un sac à dos, une gourde. Son allure s'est transformée, elle est devenue plus sportive, plus tonique. La marche avec les bâtons dès la deuxième séance est plus fluide, et le mouvement de dissociation bras/jambe est intégré. A chaque séance, Michel parle peu et reste discret. Néanmoins, il est très participatif. Les coins de nature où se déroule l'activité sont une découverte pour lui car il ne sort pas du quartier dans lequel il habite. Depuis, il est allé marcher une fois avec sa femme.

Peu de jours après la première séance, il demande de l'aide dans le service pour arrêter de fumer. Le taux de monoxyde de carbone est élevé, le testeur de CO enregistre 30ppm. Un traitement de substitution nicotinique lui sera administré (deux patchs de 21mg/24h et des formes orales de nicotine).

Le 1^{er} avril, Michel apprend que sa sœur qu'il n'a pas vue depuis de nombreuses années a un cancer du sein et doit se faire opérer. Cette nouvelle l'attriste beaucoup. Il a des contacts réguliers avec elle par messagerie. Il m'apprendra qu'il a arrêté de boire depuis cette annonce pour faire plaisir à sa sœur, et l'encourager dans son combat. Michel est fier de me faire part de ces grands changements. Il annonce également l'arrêt de l'alcool fièrement au médecin addictologue et les résultats du bilan hépatique le confirme : les Gamma GT sont descendus à un taux normal. Michel est surpris et heureux de voir cette amélioration si rapide de son foie. Il ne décrit pas d'envies de boire, mais les insomnies reprennent.

Deux mois après le début de l'activité, Michel repasse les mêmes tests d'efforts. Les équilibres n'ont pas progressé. En revanche, la force des membres supérieurs et inférieurs se sont développés, et l'endurance également. A l'épreuve de marche sur 6mn, Michel a nettement accéléré, il marchait à 6km/h contre 5,25km/h deux mois auparavant. Les troubles d'équilibre qui persistent sont peut-être une complication neurologique du trouble de l'usage

de l'alcool.

L'abstinence à l'alcool se maintient, la consommation de cigarettes a chuté de moitié, mais reste élevée. Michel alterne entre une cigarette électronique et des cigarettes classiques en poursuivant son traitement de substitution nicotinique. Il compare sa dépendance au tabac plus difficile à maîtriser que sa dépendance à l'alcool. Il me dit qu'il a pris de mauvaises habitudes le soir pour éviter de boire ; il est passé à deux carrés de chocolat et boit du thé. Je trouve touchant cette réflexion et j'essaye de le rassurer sur ses stratégies qui fonctionnent et qui sont raisonnables.

En trois mois de temps, les changements de consommation et d'hygiène de vie ont été rapides. Les différents espaces thérapeutiques, médical, psychothérapeutique, activité physique adaptée ont été très investis et l'ont propulsé vers le changement. Michel est beaucoup plus assuré et l'investissement de son corps est nettement meilleur.

Le suivi se poursuit, les changements positifs restent fragiles et la rechute possible. Le moral est monté à 8/10. La continuité du travail se poursuit dans un contexte de prévention de la rechute et évoluera vers l'accès à davantage d'autonomie en dehors du soin.

IV- DISCUSSION

1- LES POINTS ESSENTIELS

Dans la première partie, nous avons vu que le CPSA propose une offre de soin pluridisciplinaire en ambulatoire et tente de répondre aux besoins en addictologie de l'ensemble du territoire de Polynésie française. Cannabis, alcool, tabac, méthamphétamine, sont les produits addictifs les plus consommés chez les patients suivis par le service.

Puis, nous avons présenté les liens entre le corps et les addictions, à la fois dans la genèse et dans les incidences. Nous avons parcouru quelques grandes théories psychologiques pour comprendre comment la pensée s'étaye sur le corps dans les premières années de construction de l'être humain (17). Nous avons également vu comment l'état de stress influence les consommations et impacte le corps. A partir du corps et dans un contexte socio-dynamique, chaque individu construit le récit de son identité. Mais parfois, des écueils se mêlent au cours de la vie de l'individu et peuvent conduire sur le chemin des addictions.

A travers les références scientifiques, théoriques, et les histoires de Nicole, Teiva et Michel, nous avons souhaité démontrer que la prise en soin du corps dans ses composantes sensorielles, toniques, émotionnelles, relationnelles, est primordiale dans l'approche psychodynamique de la personne souffrant de dépendances. La recherche de sensations de plaisir, de sensations nouvelles, dans la répétition, l'amplification au-delà des limites, les consommations arrivent pour soulager le corps d'une douleur, d'une angoisse, d'un vide, de la fatigue, pour renforcer un sentiment de confiance.

Par le toucher, l'enveloppement, le massage, le mouvement, le souffle, les étirements, la marche, le corps retrouve des appuis, des espaces de vie et de liberté. Des sensations agréables, de confort et de réconfort émergent des espaces thérapeutiques. Le plaisir renaît autrement que par les consommations. Le cadre thérapeutique et la position empathique du soignant apportent des limites sécurisantes, et guident le patient dans l'expression de ses ressentis, la libération de ses états émotionnels, la prise de conscience de ses parties en souffrance.

2- COMMENT PENSER L'INTÉGRATION DE L'APPROCHE PSYCHOCORPORELLE ET COMMENT MESURER SON EFFICACITÉ ?

Au décours de ces présentations théorico-cliniques, plusieurs questionnements se posent : comment penser l'intégration de l'approche psychocorporelle dans le soin addictologique en ambulatoire ? Comment mesure-t-on l'efficacité de cette approche ?

L'addictologie est avant tout une discipline médicale qui étudie et prend en charge les addictions. Comme nous l'avons vu, l'addiction est une maladie complexe, multidimensionnelle et l'addictologie ne s'intéresse pas uniquement au produit consommé mais à l'individu dans ses abords psychologique, neurobiologique, environnemental. Dans les services de soin, l'accompagnement se fait par une équipe pluridisciplinaire afin que le patient soit pris en charge de manière globale (53). Selon Dr A. MOREL « *L'intervention thérapeutique doit être corporelle quand il s'agit de desserrer l'étau des contraintes physiques, par des médicaments ou de la relaxation par exemple. Cognitive quand il s'agit de comprendre ce qu'il en est de sa satisfaction et trouver des stratégies pour la retrouver. Symbolique pour réinterpréter le sens de l'expérience dans une histoire personnelle et ses conflits internes. Sociale, par le travail de détachement d'un univers relationnel pour reconstruire d'autres relations.* » (54). En addictologie, l'offre de soin est structurée au sein

de différents dispositifs et dispose de thérapeutiques médicamenteuses, des thérapies non médicamenteuses, verbales, parfois corporelles. Les thérapies psychomotrices, et les ateliers thérapeutiques complémentaires, quand ils sont présents dans l'offre de soin comme au CPSA, sont prescrits par les médecins.

Les cas cliniques de Nicole, Teiva, Michel, ont été choisis parmi des centaines d'autres patients pour illustrer la pertinence des soins psychocorporels. La pertinence des suivis repose sur :

- un cadre thérapeutique solide (respect des horaires, pas de consommation des substances avant la séance, régularité et continuité des séances, respect et alliance thérapeutique, etc.).
- Les indications du médecin et de l'équipe adaptées à chaque situation en adéquation avec les pratiques proposées.

La richesse clinique apparaît dans les éléments qui ressortent dès le départ des anamnèses des trois patients : les histoires de vie tumultueuses, les traumatismes, les blessures narcissiques, les tempéraments impétueux, etc. Tout ceci s'entremêle avec les souffrances générées par les addictions. En outre, ces trois exemples illustrent la cohabitation des troubles psychiatriques (troubles de la personnalité, troubles dépressifs, troubles des conduites) avec les troubles addictifs. Plusieurs études épidémiologiques (55),(56), (28) ont rapporté des taux de comorbidité élevés entre troubles psychiatriques et troubles addictifs.

L'efficacité de la thérapie repose sur le discours du patient et les observations du thérapeute. Par l'expérience, l'observation, l'écoute, le ressenti, le thérapeute doit être en capacité d'évaluer l'efficacité ou la non-efficacité de la prise en charge et à tout moment pouvoir réajuster, terminer, poursuivre, orienter vers une prise en charge plus adaptée. Dans les trois situations décrites, les patients ont exprimé un niveau de satisfaction élevé dans les séances. Pour Nicole et Michel, l'arrêt de la consommation, l'amélioration de l'image du corps et de l'estime de soi sont des critères d'efficacité ; pour Teiva, la diminution des consommations et des prises de risque sont aussi des critères de réussite.

3- DES RÉSULTATS À RELATIVISER

Les aspects qualitatifs qui ressortent de l'approche psychocorporelle dans ces cas cliniques ont leurs limites. Les résultats sont à relativiser car :

- Il y avait plusieurs prises en charges (médicale et psychologique) et plusieurs axes de travail proposés aux patients. La thérapie psychomotrice et les ateliers thérapeutiques n'agissent pas seuls. Comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises dans ce travail, la prise en charge de la personne addictive est pluridisciplinaire et multidimensionnelle.

- L'addiction est une maladie chronique, la rechute est possible et elle est souvent fréquente (33). Les changements qui se déroulent sur le temps des suivis ne sont pas toujours durables. Selon la psychothérapeute M. MONJOUZE, « *Pour que le drogué devienne abstinent, il faut une longue transformation intérieure. Il ne s'agit plus seulement de prescrire un traitement à un patient, mais d'accompagner une personne afin qu'elle devienne libre de ses propres choix.* » (57).

- Des tests standardisés pourraient venir confirmer les évolutions observées et apporter plus d'objectivité à l'évolution du patient. Il y a eu seulement le recours à une passation de tests d'efforts physiques en début et au bout de deux mois de participation pour Michel à l'atelier Pass'Sport Nature. Par exemple, l'échelle d'Estime de Soi de Rosenberg aurait pu être intéressante pour évaluer l'évolution de l'estime de soi dans la prise en charge.

- Il y a des biais de recrutement dans mes choix de cas cliniques. En effet, ce travail repose sur trois exemples seulement. Du fait de contraintes, je n'ai pas mené une étude de cohorte, qui aurait eu l'avantage d'apporter plus de précision et d'éléments objectifs. Les trois patients ont donné leur accord pour venir en thérapie psychocorporelle et se sont montrés investis. Il arrive que sur l'ensemble des nombreux patients rencontrés au CPSA, certains refusent de venir, ou acceptent mais ne viennent pas, d'autres viennent mais sont très irréguliers, d'autres ne viennent qu'une seule fois. Il existe d'ailleurs des périodes où les groupes sont moins investis.

4- OUVERTURES ET PERSPECTIVES

La rédaction de ce travail de mémoire m'a permis de me replonger dans les sources scientifiques et théoriques, d'en découvrir les plus récentes, de les mettre en lien avec ma

pratique, et d'aiguiser mon sens critique. Ce travail définit et justifie tout l'intérêt que je porte à mon métier dans lequel il faut parfois redoubler d'efforts pour se trouver une place ; j'ai d'ailleurs toujours été la seule psychomotricienne dans mes équipes.

Nous avons vu des similitudes entre les incidences corporelles retrouvées chez les enfants suivis en pédopsychiatrie et celles observées sur les personnes dépendantes. Nous avons parlé du développement des troubles addictifs sur la base d'un mauvais maillage dans le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Chez l'enfant, un défaut de contenance peut s'exprimer par une mauvaise intégration de son schéma corporel et de son image du corps ; les troubles précoces s'inscrivent dans la pathologie de l'agir, dans des instabilités psychomotrices ; on retrouve des enfants qui se cognent, qui se laissent tomber, qui manquent de limites. Alors en grandissant, quand l'enveloppe psychocorporelle est altérée, quand les expériences infantiles n'ont pas suffisamment été à la base d'une construction sécurisante, l'objet de l'addiction apporte des enveloppes substitutives. Les soins psychocorporels prennent donc tout leur sens en addictologie. Une question persiste à l'issue de ce travail. Est-ce que les vies de Nicole, Teiva et Michel se seraient faites envahir de la même manière par les consommations de produits si des soins psychiques et corporels avaient été mis en place de manière précoce, dans leur enfance, dans leur adolescence, juste après les traumatismes ? Devenus adultes, les addictions les ont menés à rencontrer la thérapie psychocorporelle et les autres thérapies en addictologie. Les trois patients ont réussi à mener un combat contre les addictions, et certainement plus profondément à reconstituer une enveloppe tonique, sensorielle et affective permettant de trouver plus de sécurité interne pour poursuivre leur vie en autonomie. Leur combat n'est pas terminé et se poursuit même au-delà de l'arrêt du suivi en addictologie.

L'intégration de l'approche psychocorporelle au CPSA et dans les services de soin en général n'est jamais acquise. Elle nécessite pour le thérapeute qui occupe ces espaces thérapeutiques de communiquer sur les objectifs et sa pratique, d'illustrer par des vignettes cliniques, de faire analyser ses pratiques pendant les temps de réunions cliniques. En effet, celles-ci peuvent faire l'objet de méfiance ou être considérées comme des techniques simplifiées de bien-être. Des dérives existent aussi dans le domaine des psychothérapies, du développement personnel, du coaching. Clarifier les connaissances dans ce domaine est un moyen d'éviter le recours à des pratiques qui s'écartent des objectifs thérapeutiques. A chaque arrivée d'un nouveau professionnel ou d'un stagiaire dans le service, la personne est invitée à participer aux groupes de relaxation ou de « Pass'SportNature ». Il est bien plus facile de

connaître et d'avoir expérimenté soi-même l'activité pour ensuite la proposer aux patients de manière pertinente. Ce partage d'expériences évite que les méthodes proposées restent mystérieuses ou fantasmagoriques.

Le CPSA devrait connaître en 2024 des transformations importantes. Le développement de l'offre de soin en addictologie passerait par les créations d'une unité d'hospitalisation continue, d'un hôpital de jour, d'une équipe de liaison. Puis, dans un second temps, d'autres projets sont visés comme les créations de Consultations Jeunes Consommateurs, d'un Centre de Santé Mentale sur Taravao (pôle économique et urbain à 60 km de Papeete), d'un Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Dans ces nouvelles transformations, les espaces thérapeutiques psychocorporels ainsi que les autres prises en charge de groupe devront trouver une nouvelle place et s'articuler avec les nouvelles modalités de prise en charge et également avec une équipe plus nombreuse. La temporalité changera, comme en hospitalisation où les temps de prises en charge seront probablement plus courts et peut-être plus intenses. La formation continue est nécessaire pour avancer dans ses pratiques, surtout lorsque des changements institutionnels bouleversent le fonctionnement en place. Malheureusement, l'accès à la formation continue reste difficile et contraignant en Polynésie française. La formation au programme MBRP décrite plus haut serait intéressante pour aller plus loin dans ma pratique de la pleine conscience avec les patients. Ce programme a démontré son efficacité sur la prévention de la rechute et sur la gestion émotionnelle (49).

CONCLUSION

Les conduites addictives sont centrées sur le corps. Par la répétition incessante d'un comportement, toute la corporéité du sujet est mise à mal (58). A Tahiti, le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) est l'unique service d'addictologie de la Polynésie française. Les soins en ambulatoire s'effectuent majoritairement à Papeete, et s'étendent ponctuellement dans les îles des autres archipels (5). Les médiations corporelles y sont proposées depuis presque cinq ans : relaxation, méditation de pleine conscience, cohérence cardiaque, massage, toucher thérapeutique, activité de sport adapté.

Les pratiques psychocorporelles sont utilisées dans le soin par différents professionnels du service lorsque celles-ci répondent au projet individualisé du patient, s'appuient sur des études scientifiques, sont définies par des objectifs, et s'intègrent au cadre institutionnel. En tant que psychomotricienne, j'ai été formée à utiliser les médiations corporelles. Ces outils transitionnels font partis de ma culture du soin, j'ai à cœur de les inclure dans l'offre de soin. Ils ne sont pas toujours connus et reconnus par les professionnels qui arrivent dans le service; ainsi un travail de transmission et d'information doit pouvoir se faire régulièrement pendant les temps d'échanges institutionnels. La connaissance des activités thérapeutiques passe aussi par l'invitation des professionnels dans les séances de groupe, pour ressentir l'expérience par eux-même et alors mieux les comprendre, les transmettre, et les prescrire aux patients.

Certaines techniques, comme la cohérence cardiaque et la méditation de pleine conscience, ont pris leur place à côté d'autres outils et d'autres stratégies de coping développés dans des groupes thérapeutiques : groupes « Motivationnels » pour les patients placés sous main de justice, groupes « Prévention de la rechute » pour les patients déjà suivis individuellement. D'autres approches, comme l'activité physique dans la nature, la thérapie psychomotrice et le massage constituent à eux seuls un espace thérapeutique.

Trois cas cliniques ont été choisis pour illustrer les bénéfices ressentis par les patients au cours de la prise en charge psychocorporelle sur différents plans:

- le plan psychocorporel : meilleure conscience du corps, meilleure image de soi, renforcement de l'estime de soi, identification et gestion des émotions, amélioration des capacités de motricité générale, amélioration de la régulation tonique ;

- le plan addictologique : changements dans les étapes selon le cycle du changement *de Prochaska et DiClimente (36)* , baisse ou arrêt des consommations ;
- le plan de l'hygiène de vie : habitudes alimentaires plus saines, reprise d'une activité physique, amélioration de la qualité du sommeil.

Nous avons discuté de l'efficacité de ces techniques et énoncé également leurs limites. L'approche psychocorporelle ne vient pas seule ; elle est prescrite en complémentarité d'autres espaces thérapeutiques, en amont, pendant, ou en aval des thérapies verbales et des consultations médicales, en fonction du rythme et des besoins du patient. Même si des évolutions positives apparaissent dans son parcours de soin, la rechute, étape fréquente de la maladie addictive, nécessite de rester prudent sur le pronostic du patient.

Proposer un panel de méthodes psychocorporelles par des psychomotriciens et d'autres professionnels de santé au sein d'un même service d'addictologie enrichit considérablement l'offre de soins et augmente l'efficacité des prises en charge. Par des approches dynamiques et socialisantes, le CPSA porte un intérêt à soigner le patient dans sa globalité, à soigner le corps et l'esprit. Les changements psychocorporels apportent des sources de satisfaction et offrent une impulsion aux personnes pour avancer dans leur vie, plus sereinement et plus librement.

BIBLIOGRAPHIE

1. MILDECA. Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA [Internet]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
2. World Drug Report 2022. p. 124.
3. Tahiti Tourisme [Internet]. Explorez les 118 îles qui composent Tahiti Et Ses Îles. Disponible sur: <https://tahititourisme.fr/fr-fr/iles/>
4. Loi organique n° 2004-192 du 27/02/2004. févr 27, 2004.
5. Article 1 - Décret n° 2005-1514 du 6 décembre 2005 relatif à l'organisation outre-mer de l'action de l'Etat en mer - Légifrance.
6. Rallu JL. Situation démographique de la Polynésie française - Persée. Population. 1980;35-2(2):p385-415.
7. La politique de Santé en Polynésie française 2016-2025 [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/06/La-politique-de-Sante%CC%81-en-PF-2016-2025-web.pdf>
8. Reynaud MA. Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict. Psychotropes. 2019;25(2-3):113-27.
9. Karila L. Addictions, dites-leur adieu ! Sucre, tabac, smartphone, drogue, nourriture... Mango. 2019. 128 p.
10. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^{ème} édition Elsevier Masson. 2013. 947 p.
11. Karila L, Benyamina A. Addictions. Revue des Maladies Respiratoires. 1 févr 2019;36(2):233-40.
12. Accueil - Aita-tabac [Internet]. Disponible sur: <https://www.aita-tabac.pf/>
13. Lexpol - Arrêté n° 1771 CM du 26/08/2021.
14. Bourdoncle R. Rapport d'activité Centre de Prévention et de Soins des Addictions 2022. Papeete: Direction de la Santé de Polynésie Française; 2023 Février p. 26.
15. Vaivre-Douret L. Prise en compte du corps porteur d'émotions chez les bébés (fragilisés ou non). In: Les émotions (autour) du bébé. Toulouse: Érès; 2006. p. 149-62. (Hors collection).
16. De Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson. 1974. 1116 p.
17. Robert-Ouvray SB. L'enfant tonique et sa mère. Desclée de Brouwer; 2007. 243 p.
18. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Harmondsworth: Penguin Books Ltd; 1978. 480 p.
19. Cyrulnik B. Boris Cyrulnik et la petite enfance Attachement. Emotions. Développement. Sommeil. Alimentation. Besoins. Jeu. Humour. Pensée. Education. Société et famille. Philippe

Duval. 2021. 776 p.

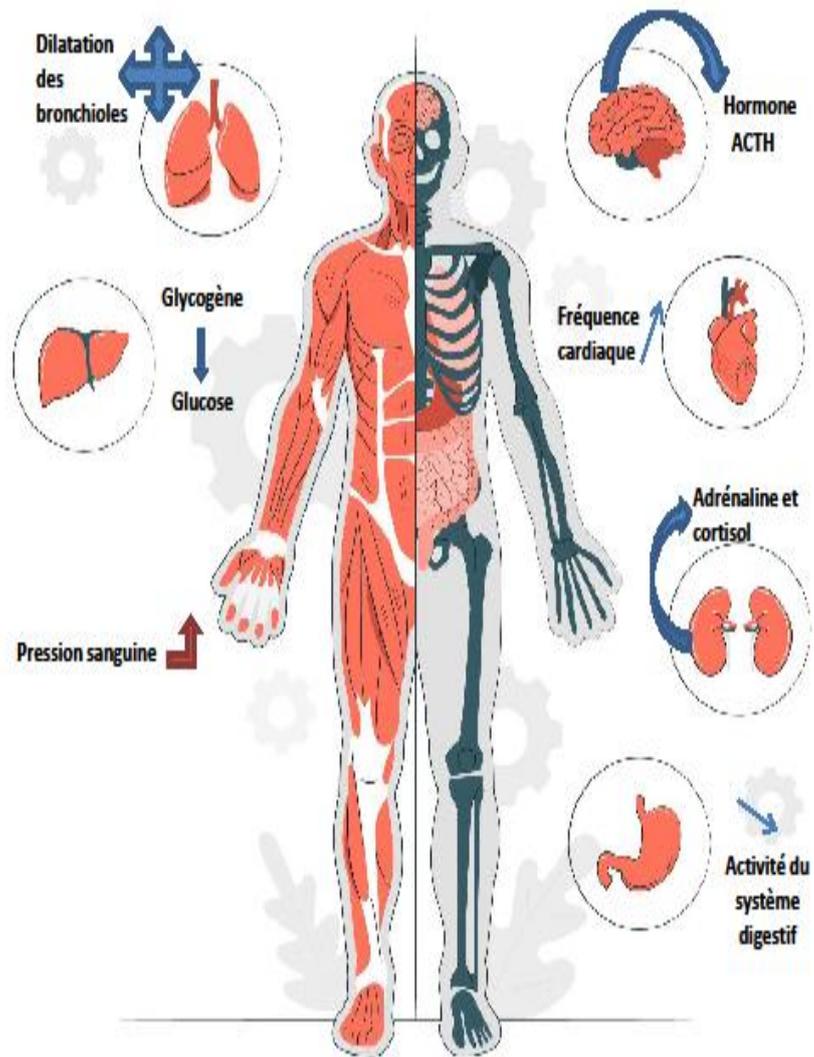
20. Kpelly E, Schauder S, Masson J, Kokou-Kpolou CK, Moukouta C. Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2022;180(6):S81-7.
21. Winnicott DW, Kalmanovitch J. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 2018. 544 p.
22. Dodin V. *Anorexie, boulimie. En faim de conte... En faim de conte*. Desclée De Brouwer. 2017. 384 p.
23. Dermato-Info. *dermato-info.fr*. 2019. les fonctions de la peau. Disponible sur: <https://dermato-info.fr/fr/c-est-quoi-la-peau/un-organe-multifonction>
24. BICK E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces (1968). 2006. pp. 83-86.
25. Anzieu D, Paris. *Le Moi-peau. Psychismes*; 1995.
26. André P, Benavidès T, Giromini F. *Corps et psychiatrie*, p81. Heures de France. 1996. 236 p.
27. Organisation Mondiale de la Santé. *Stress* [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>
28. *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report* [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (US); 2020. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
29. Zullino D, Krenz S, Besson J, Borgeat F. Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs. *Rev Med Suisse*. 25 sept 2002;2406:1727-9.
30. Lazarus RS. *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill Book Company, Inc. 1966.
31. Décamps G, Idier I, Koleck M. Conduites addictives avec ou sans substance. Etude de leurs déterminants psychologiques. *Alcoologie et Addictologie*. 15 déc 2010;32(4):269-78.
32. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M. Stress et coping? Un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2003;161:809-15.
33. Romo L, Graziani P. *Soigner les addictions par les TCC*. Elsevier Masson. 2013. 272 p.
34. Le Corre M, Bacrie S, Hélias-Péan A. *Psychomotricité en psychiatrie adulte*. De Boeck Supérieur. 2022. 397 p.
35. Giromini F. *Giselle Soubiran : Fondements & recherche en psychomotricité*. De Boeck Solal. 2014.
36. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1997. 671 p.
37. Définition du métier de psychomotricien. Syndicat National d'Union des Psychomotriciens [Internet]. Disponible sur: <http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>

38. Giromini F. La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy.* 2017;76(4):51-60.
39. VIDAL [Internet]. Aide à la prise en charge médicale des activités physiques et sportives - MÉDICOSPORT-SANTÉ. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>
40. Piché F, Daneau C, Plourde C, Girard S, Romain AJ. Characteristics and impact of physical activity interventions during substance use disorder treatment excluding tobacco: A systematic review. *PLOS ONE.* 26 avr 2023;18(4):e0283861.
41. Bernard P, St-Amour S, Hains-Monfette G. Trouble de l'usage de substances et des conduites addictives et activités physiques adaptées. In 2020.
42. Onaps. Revue de littérature sur les relations entre l'activité physique, la sédentarité et les conduites addictives. Mildeca et Onaps. Onaps.fr [Internet]. 15 déc 2022; Disponible sur: <https://onaps.fr/mildeca/>
43. Poirel E. Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *smq.* 2017;42(1):147-64.
44. VIDAL [Internet]. La pratique du sport Athlétisme Marche nordique en prévention primaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/45/athletisme-marche-nordique/prevention-primaire/>
45. FFC [Internet]. 2018. Marcher 30 minutes c'est essentiel pour votre cœur. Disponible sur: <https://fedecardio.org/marcher-30-minutes-c-est-essentiel-pour-votre-coeur/>
46. O'Hare D. Cohérence cardiaque 3.6.5. Guide de cohérence cardiaque jour après jour. 2019.
47. Goessl VC, Curtiss JE, Hofmann SG. The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med.* nov 2017;47(15):2578-86.
48. Kabat-Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines. J'ai lu. 2012. 800 p.
49. Nallet A, Briefer JF, Perret I. La pleine conscience dans le traitement des addictions. *Rev Med Suisse.* 24 juin 2015;480:1407-9.
50. Grand S. Tahu'a, tohunga, kahuna : le monde polynésien des soins traditionnels. Au Vent des îles. 2007. 354 p.
51. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Presses Universitaires de France. 2013. 96 p. (Quadrige).
52. Brochure Tabac pour mon coeur j'arrête maintenant Fédération Française de Cardiologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/wp-content/uploads/2021/09/Brochure-Tabac-05-2021-web-fedecardio.pdf>
53. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique.* 2009;85(7):611-20.
54. Morel A. Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie.

Théorie et pratique. Psychotropes. 2010;16(2):31-48.

55. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. mai 2007;64(5):566-76.
56. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 21 nov 1990;264(19):2511-8.
57. Monjauze M. L'alcoologie clinique en question. Le Carnet PSY. 2001;61(1):1-1.
58. Marinelli D. Addictions : à corps perdu. Le Portique Revue de philosophie et de sciences humaines [Internet]. 1 sept 2002;(10). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/leportique/140>

ANNEXE I : REPRÉSENTATION ORIGINALE
DE LA RÉGULATION PHYSIOLOGIQUE DU STRESS



ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ONAPS ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SÉDENTARITÉ

Questionnaire
Activité physique & Sédentarité



Champ réservé expérimentateur

Code sujet : _____

🕒 Ce questionnaire évalue votre niveau d'activité physique et de sédentarité au cours d'une semaine habituelle (du LUNDI au DIMANCHE). Il est divisé en 3 parties et 21 questions (de Q1 à Q21) :

- PARTIE A : les activités au travail ;
- PARTIE B : les déplacements à but utilitaire ;
- PARTIE C : les activités de loisirs ou au domicile.

Quelle est la date d'aujourd'hui ?
__ / __ / ____ (JJ/MM/AAAA)

Quel est votre âge ?
__ (ans)

Précisez votre sexe :
 Femme Homme

Exercez-vous actuellement une activité (rémunérée ou non), ou suivez-vous des études ou une formation ?
 Oui Non → Ne pas remplir la PARTIE A ⚠

PARTIE A : ACTIVITÉS AU TRAVAIL

Les questions suivantes concernent tout type de travail, rémunéré ou non (y compris bénévole) ainsi que les études.

i

ACTIVITÉ PHYSIQUE : COMMENT RECONNAITRE L'INTENSITÉ SELON VOTRE PERCEPTION ?

1 Les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.

2 Les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Q1 Votre travail implique-t-il des tâches répétitives ou régulières :

① si **NON** pour les deux types d'intensité, passez directement à la question Q4.

De forte intensité ? **1**

Ex : soulever des charges lourdes...

NON OUI

D'intensité modérée ? **2**

Ex : marcher à un rythme normal ou soutenu, soulever des charges légères...

NON OUI

Q2 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces tâches répétitives ou régulières dans le cadre de votre travail ?

De forte intensité **1**

Nombre de jours : (par semaine, 7 maximum)

D'intensité modérée **2**

Nombre de jours : (par semaine, 7 maximum)

Q3 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces tâches, combien de temps en moyenne consacrez-vous à ces tâches dans le cadre de votre travail ?

:
 heures minutes
 (par jour)

:
 heures minutes
 (par jour)

Q4 Habituellement, combien de temps par jour en moyenne passez-vous assis pour votre travail ?
(⚠ ne pas compter les temps de repos)

Heures : minutes : : (par jour)

SUIVEZ LA PAGE SUIVANTE

PARTIE B : DÉPLACEMENTS À BUT UTILITAIRE



Les questions suivantes concernent la façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre, par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller chez un ami, se rendre sur un lieu de visite ou de balade...

	À pied ? ① trajet(s) à pied durant au moins 10 minutes	À vélo ou VAE ? ① VAE = vélo à assistance électrique	Autre mode de déplacement ACTIF ? ① Ex : roller, trottinette... requérant une propulsion par vos mouvements
<p>Q5 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), effectuez-vous des déplacements :</p> <p>① si ✓ NON pour les trois types de déplacement, passez directement à la question Q8.</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
<p>Q6 Habituellement, combien de jours par semaine en moyenne effectuez-vous ces trajets ?</p>	<p>À pied :</p> <p>Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)</p>	<p>À vélo ou VAE :</p> <p>Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)</p>	<p>Autre mode de déplacement actif :</p> <p>Nombre de jours : <input type="text"/> / <input type="text"/> (par semaine, 7 max)</p>
<p>Q7 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces trajets, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ?</p>	<p><input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)</p>	<p><input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)</p>	<p><input type="text"/> : <input type="text"/> heures minutes (par jour)</p>

Q8 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), utilisez-vous des moyens de transport motorisés* pour certains de vos déplacements ?
* Ex : en voiture, moto, scooter, assis dans les transports en commun... (⚠ hors vélo à assistance électrique)

NON OUI

Q9 Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces trajets motorisés ?

Nombre de jours : /
(par semaine, 7 max)

Q10 Lors d'une journée durant laquelle vous effectuez ces trajets motorisés, combien de temps en moyenne durent l'ensemble de ces trajets ?

:
heures minutes
(par jour de pratique)

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

PARTIE C : ACTIVITÉS DE LOISIRS OU AU DOMICILE

Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnés.



ACTIVITÉ PHYSIQUE : COMMENT RECONNAITRE L'INTENSITÉ SELON VOTRE PERCEPTION ?

- 1 Les activités physiques de **forte intensité** sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.
- 2 Les activités physiques d'**intensité modérée** sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Q11 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), effectuez-vous des tâches ménagères au domicile, à l'intérieur ou à l'extérieur ? Ex : passer l'aspirateur, laver le sol, balayer, laver les vitres, tondre la pelouse...

NON

OUI

Q12

Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous ces tâches ménagères au domicile, à l'intérieur ou à l'extérieur ?

Nombre de jours :
(par semaine, 7 max)

Q13

Lors d'une journée durant laquelle vous pratiquez ces tâches ménagères au domicile, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ?

:
heures minutes
(par jour de pratique)

Q14 Lors d'une semaine habituelle (week-end inclus), pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs :

i si NON pour les deux types d'intensité, passez directement à la question Q17.

De forte intensité ? 1

Ex : courir, jouer au football, porter des charges lourdes, nager, jouer au squash, pratiquer des arts martiaux, faire de la zumba, faire du vélo à un rythme soutenu ou sur des pentes (hors VAE), etc.

NON

OUI

D'intensité modérée ? 2

Ex : marcher à un rythme normal ou soutenu (hors trajet utilitaire), faire du vélo ou du VAE à un rythme modéré (hors trajet utilitaire), randonner, danser, jardiner, faire une séance de gym ou de renforcement musculaire, jouer au ping-pong, etc.

NON

OUI

Q15 Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous ces activités sportives ou ces activités de loisirs ?

De forte intensité 1

Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)

D'intensité modérée 2

Nombre de jours :
(par semaine, 7 maximum)

Q16 Lors d'une journée durant laquelle vous pratiquez ces activités sportives ou ces activités de loisirs, combien de temps en moyenne y consacrez-vous ?

:
heures minutes
(par jour)

:
heures minutes
(par jour)

SUITE À LA PAGE SUIVANTE

Q17 Lors d'une semaine habituelle, passez-vous du temps à des activités assises ou allongées (hors sommeil), chez vous ou lors de vos loisirs ?

si ✓ NON pour les deux types d'activités, passez directement à la question Q20.

Devant un écran ?

Ex : télévision, jeux vidéo, ordinateur à but non professionnel (internet, emails...), tablette, smartphone, etc.

NON OUI

Autres que devant un écran ?

Ex : lecture, dessin, discussion avec des amis, couture, etc.

NON OUI

Q18 Habituellement, lors de combien de jours par semaine passez-vous du temps à ces activités assises ou allongées, chez vous ou lors de vos loisirs ?

Devant un écran ?

Nombre de jours : (par semaine, 7 maximum)

heures : minutes (par jour)

Autres que devant un écran ?

Nombre de jours : (par semaine, 7 maximum)

heures : minutes (par jour)

Q19 Lors d'une journée durant laquelle vous passez du temps à ces activités assises ou allongées, combien de temps en moyenne y passez-vous, chez vous ou lors de vos loisirs ?

Q20 Veuillez préciser la nature du ou des sport(s) que vous pratiquez lors de vos loisirs, en fonction de leur fréquence de pratique :

Au moins 3 fois par semaine ?

Veillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s)

Aucun

1 à 2 fois par semaine ?

Veillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s)

Aucun

Plus d'1 fois par mois, mais moins d'1 fois par semaine ?

Veillez inscrire le ou les sport(s) pratiqué(s)

Aucun

Q21 Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
Veillez ne cocher qu'une seule case ; si actuellement au chômage, veuillez cocher votre catégorie antérieure.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Employés (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (ingénieur, médecin...)
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Professions intermédiaires (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien, contremaître...)
- Retraités
- Étudiants
- Autres inactifs (par exemple parent au foyer)