



**HAL**  
open science

**”Une activité physique? ... En suis-je capable?” :  
expérience en HDJ ”activités physiques” : et si la  
psychomotricité pouvait aider la personne obèse dans la  
(re)mobilisation de son corps ?**

Sandra Gaumet

► **To cite this version:**

Sandra Gaumet. ”Une activité physique? ... En suis-je capable?” : expérience en HDJ ”activités physiques” : et si la psychomotricité pouvait aider la personne obèse dans la (re)mobilisation de son corps ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01061747

**HAL Id: dumas-01061747**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061747>**

Submitted on 8 Sep 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie - Pitié-Salpêtrière

SORBONNE UNIVERSITES

« Une activité physique ? ...En suis-je capable ? »

Expérience en HDJ « activités physiques » :  
Et si la psychomotricité pouvait aider la personne obèse  
dans la (re)mobilisation de son corps ?

Mémoire présenté par Melle Sandra GAUMET

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

Référents de mémoire :

Pierre DALARUN

Anne GATECEL

Session de Juin 2013

# REMERCIEMENTS

Je suis bien obligée de commencer par remercier certaines personnes avant d'autres... Et pourtant, je vous remercie tous de manière égale et avec la même intensité. Si aujourd'hui vous pouvez lire ce mémoire, c'est parce que j'ai croisé le chemin de chacun et chacune d'entre vous...

*SIMPLEMENT ET SINCEREMENT MERCI...*

Je remercie **les patients** que j'ai rencontrés tout au long de ce stage. Je ne connaissais rien à l'obésité en arrivant dans ce service hospitalier et j'avais tout à découvrir et à apprendre. Chacune des consultations de psychomotricité réalisées m'a donné envie d'en savoir plus, de vous comprendre mieux, de me dépasser pour pouvoir vous accompagner afin d'être présente de la manière la plus juste et la plus adaptée possible.

Merci à toi, **Sophie PASCAULT**, ma binôme durant ce stage. Tu m'as soutenue dans mes moments de doutes pour écrire ce mémoire, et avec toi, j'ai vécu une expérience mémorable.

Merci à vous, **Pierre DALARUN**, pour tout ce que vous m'avez apportée. Vous avez été présent dès que je vous ai contacté pour nous faire partager votre expérience auprès des personnes obèses. Vous m'avez accompagnée dans mes nombreux questionnements sur ce stage et concernant la prise en charge des patients obèses. Vous m'avez soutenue et encouragée face à mes difficultés pour rédiger ce mémoire... Vous avez été disponible pour me guider dans ma réflexion, toujours avec patience, pertinence, simplicité et humilité.

Merci à vous, **Anne GATECEL**, de m'avoir permis de réaliser ce stage expérimental si enrichissant, tant du point de vue humain que pour la future psychomotricienne. Merci pour vos conseils avisés allant à l'essentiel.

Merci à **toute l'équipe de l'hôpital de jour « activités physiques »** de m'avoir accueillie. J'ai rencontrée une équipe investie et motivée, mais aussi chaleureuse et bienveillante avec les patients.

Merci à vous, **Dr Evelyne B.**, pour votre humanité et votre prévenance avec les patients. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant ce stage, mais aussi pour votre patience face à mes bouillonnements de questions. Merci de nous avoir, Sophie et moi, considérées comme des professionnelles dès notre première rencontre, avant

même que nous commençons ce stage. Merci d'être réceptive à ce que la psychomotricité peut apporter aux patients obèses.

Merci à vous, **Mélanie L.** et **Rose N.** J'espère avoir la chance de renouveler cette expérience de travailler avec des personnes qui rendent l'ambiance légère, souriante et motivante.

Merci à vous, **Mélissa H.** et **Anaïs R-G.** Vous avez été ouvertes quant à notre proposition d'amorcer une collaboration ensemble. Merci de nous avoir sensibilisées à certaines problématiques rencontrées par les personnes obèses. Merci de nous avoir fait confiance.

Enfin, merci au **Pr Jean-Michel O.** d'avoir créé ce stage expérimental et de m'avoir permis de le réaliser cette année.

*« La psychomotricité est une approche privilégiée pour les sujets qui ne se savent pas encore ou ne se savent plus exister dans un corps reconnu (par eux-mêmes), dans un corps organisé dans le temps et dans l'espace, dans un corps cohérent et unifié, mais aussi dans un corps qui les rattache à leur existence de personne et de sujet, en relation avec les autres et avec la réalité. »*

*Agnès LAURAS-PETIT,  
Psychomotricienne et Docteur en psychopathologie clinique.*

# SOMMAIRE

## REMERCIEMENTS

## SOMMAIRE

## INTRODUCTION \_\_\_\_\_ 9

## THEORIE \_\_\_\_\_ 12

### 1. L'obésité ..... 13

#### 1.1. Qu'est-ce que l'obésité ? ..... 13

##### 1.1.1. Définition et prévalence ..... 13

##### 1.1.2. Les principaux indicateurs de l'obésité ..... 13

##### 1.1.3. Les différents types d'obésités ..... 15

#### 1.2. Epidémiologie ..... 17

#### 1.3. Etiologie, facteurs de risques et conséquences ..... 17

##### 1.3.1. Une étiologie plurifactorielle ..... 17

##### 1.3.2. Les conséquences médicales de l'obésité ..... 19

### 2. Prise alimentaire et régulation pondérale ..... 20

#### 2.1. Manger ..... 20

#### 2.2. Influence des émotions ..... 22

#### 2.3. Régulation pondérale et notion de pondérostas ..... 23

### 3. Le rapport à l'alimentation chez la personne obèse ..... 23

#### 3.1. Les troubles du comportement alimentaire ..... 23

#### 3.2. Régulation alimentaire des émotions ..... 25

#### 3.3. La restriction cognitive ..... 26

#### 3.4. Les régimes et leurs conséquences ..... 26

### 4. Regard psychosocial de la personne obèse ..... 28

#### 4.1. Etre obèse dans la société actuelle ..... 28

#### 4.2. Du stéréotype à la stigmatisation ..... 28

#### 4.3. Homme et femme obèses, quelques étapes clés de la vie ..... 30

## METHODOLOGIE \_\_\_\_\_ 32

### 1. Qu'est-ce que l'activité physique ? ..... 33

### 2. Présentation de l'hôpital de jour « activités physiques » ..... 37

### 3. Journée type d'un patient dans ce service ..... 39

<b>4. Le SOAP : initier un suivi des patients.....</b>	<b>44</b>
<b>CLINIQUE _____</b>	<b>46</b>
<b>1. Place de la psychomotricité : pourquoi, quand et comment intervenons-nous ?.....</b>	<b>47</b>
1.1. Histoire de la psychomotricité dans le service nutrition .....	47
1.2. Expression des objectifs du stage expérimental.....	47
1.3. Premiers entretiens et premières observations .....	48
1.4. Réflexion sur un bilan à réaliser .....	49
<b>2. Présentation des bilans réalisés lors de la consultation en psychomotricité.....</b>	<b>54</b>
2.1. Modalités et déroulement de la consultation .....	54
2.2. Présentation des axes d'observations .....	54
2.3. Tests réalisés lors du premier entretien .....	57
2.4. Tests complémentaires du bilan.....	61
<b>3. Présentation des résultats .....</b>	<b>64</b>
3.1. Présentation générale des résultats.....	64
3.2. Hommes et femmes, des consultations identiques ?.....	72
<b>4. Rencontre avec les professionnels du service nutrition.....</b>	<b>73</b>
4.1. Premiers échanges avec les différents professionnels .....	74
4.2. Collaboration avec les psychologues .....	75
<b>DISCUSSION _____</b>	<b>76</b>
<b>1. Quand et pourquoi proposer un accompagnement en psychomotricité ? .....</b>	<b>77</b>
1.1. Quand la psychomotricité n'est pas nécessaire .....	77
1.2. Quand la psychomotricité a toute sa place .....	80
1.3. La psychomotricité dans la prise en charge de la douleur .....	86
<b>2. Pertinence de la consultation psychomotrice à l'HDJ AP .....</b>	<b>91</b>
2.1. Définition de la thérapie psychomotrice .....	91
2.2. Fonction de la consultation psychomotrice à l'HDJ AP.....	91
<b>3. Les difficultés rencontrées durant ce stage .....</b>	<b>93</b>
3.1. De la nécessité de la psychomotricité à l'adaptation au contexte réel .....	93
3.2. Les limites de ce stage expérimental.....	93
<b>4. Perspectives .....</b>	<b>94</b>
4.1. Vers une collaboration pluridisciplinaire ? .....	94
4.1.1 Psychologie et psychomotricité .....	95
4.1.2 Intérêts d'une collaboration avec d'autres professionnels.....	96



4.2. Vers une meilleure lecture psychomotrice de l'obésité .....	99
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>104</b>
<b>SITOGRAFIE</b> .....	<b>109</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>112</b>
ANNEXE I : EXEMPLE DE DEXA DANS LE CADRE D'UNE OBESITE MIXTE.....	A
ANNEXE II : EXEMPLE DE REPARTITION DE LA MASSE GRASSE DANS LE CAS DES OBESITES ANDROÏDES ET GYNOÏDES .....	B
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE POUR L'ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR .....	C
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE « Est-ce que j'habite mon corps ? ».....	D
ANNEXE V : LA SILHOUETTE D'HOMME ET DE FEMME .....	E
ANNEXE VI : AFFINITES SPATIALES ET TYPOLOGIES DES CHAINES MUSCULAIRES SELON GODELIEVE DENYS-STRUYF.....	F
ANNEXE VII : EXEMPLES DE DESSINS DES TROIS PERSONNES .....	G
ANNEXE VIII : MASSES ET INTERMASSES CORPORELLES .....	H
ANNEXE IX : MORPHOLOGIE DES MEMBRES INFERIEURS.....	I
ANNEXE X : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS, DOSSIER DE Mr C. ....	J
ANNEXE XI : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS, DOSSIER DE Mr B. ....	M
ANNEXE XII : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS, DOSSIER DE Mme L. ....	P

# INTRODUCTION

L'obésité est actuellement la cinquième cause de mortalité dans le monde. La médecine la considère comme un problème majeur de santé publique, et pour notre société, il s'agit de faire face à « LA » pathologie du 21<sup>ème</sup> siècle.

Du côté de l'actualité, les médias ne sont pas en reste. Ils alimentent de nombreuses émissions télévisuelles, allant du reportage informatif à des concepts journalistiques plus stigmatisants, renforçant les préjugés et les stéréotypes à l'égard des personnes obèses.

Dans notre société, l'anorexie est une maladie dont les symptômes sont rattachés à la psychiatrie<sup>1</sup>. L'obésité est quant à elle classée parmi les pathologies médicales.

Et pourtant. Comment ne pas considérer les problématiques psychologiques et psychocorporelles présentes chez ces personnes, et non uniquement les conséquences médicales engendrées par un poids excessif ?

Car derrière chaque personne obèse, il y a avant tout une personne et une histoire. L'obésité ne doit pas être réduite à son symptôme somatique, visible par la présence d'une surcharge pondérale et d'une enveloppe de graisse autour du corps.

Il semble primordial, au-delà de cette apparence physique, de nous questionner sur la manière dont les personnes obèses se représentent et habitent leur corps.

Comment vivent-elles AVEC ce corps et DANS ce corps ? Quel est leur rapport à ce corps ? Comment leur est-il possible de le mobiliser et de le mettre en mouvement ? Est-ce que le « corps gros » peut avoir un impact dans la relation à l'autre et l'ouverture au monde ?

De notre côté, nous chercherons à aborder la problématique de l'obésité au regard de la psychomotricité. Nous tenterons de retracer un travail et une expérience vécue lors d'un stage expérimental, dans un hôpital de jour « activités physiques » accueillant des personnes obèses. Ce stage, mis en place il y a maintenant 3 ans, est habituellement réalisé par deux étudiantes en psychomotricité travaillant en binôme.

Pourquoi mettre en place ce stage ?

Le chef de service souhaite comprendre l'intérêt d'une approche psychomotrice auprès des patients obèses, notamment dans le cadre d'un accompagnement visant à la reprise d'activités physiques.

---

<sup>1</sup> DSM-IV-TR, 2003, p. 675 à 677

A travers ce mémoire, nous cheminerons progressivement pour aboutir à la réponse de cette interrogation.

Dans un premier temps, nous chercherons à comprendre les problématiques rencontrées par les personnes obèses. Nous pourrons alors réfléchir à la mise en place d'un bilan psychomoteur adéquat. A l'issue des observations réalisées et des résultats constatés, nous réaliserons une lecture psychomotrice de l'obésité, appliquée aux patients rencontrés dans le cadre du stage expérimental.

Nous serons alors en mesure d'expliquer quand, comment, et pourquoi l'approche psychomotrice semble parfois indispensable dans l'accompagnement des personnes obèses. Pour cela, nous nous appuyerons sur la présentation de cas cliniques.

Par ailleurs, nous pourrons suivre notre démarche de rencontre des différents professionnels de santé. Parallèlement à l'objectif principal de ce stage et de ce mémoire, je pourrais alors présenter mon regard sur l'intérêt d'un travail en collaboration dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire de l'obésité.

# THEORIE

# 1. L'OBESITE

## 1.1. Qu'est-ce que l'obésité ?

### 1.1.1. *Définition et prévalence*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité se définit comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé<sup>2</sup> ».

En 2012, l'enquête ObEpi mettait en avant une augmentation de la prévalence de l'obésité. A l'heure actuelle, nous pouvons indiquer que 15% des adultes français de plus de 18 ans présentent une obésité ( $30 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC}$ )<sup>3</sup>. Comparativement, la France comptait 8,5 % de personnes obèses en 1997.

En l'espace de 15 ans, la prévalence a presque doublé. Face à cet enjeu majeur de santé publique, l'état a mis en place un plan obésité entre 2010-2013<sup>4</sup>.

### 1.1.2. *Les principaux indicateurs de l'obésité*

Le diagnostic médical d'obésité est établi suite à une ou plusieurs mesures réalisées au moyen d'indicateurs particuliers. Nous ne présenterons que les indicateurs les plus couramment utilisés.

#### ∴ L'IMC (Indice de Masse Corporelle)

En pratique clinique, l'IMC est devenu la référence internationale pour définir l'obésité. Cet indice permet d'appréhender la corpulence d'une personne en prenant en compte son poids et sa taille. L'IMC se calcule en réalisant le rapport du poids (en kilogrammes) sur le carré de la taille (en mètre)<sup>5</sup> :

$$\text{IMC} (\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}) = \frac{\text{poids} (\text{kg})}{\text{taille}^2 (\text{m})}$$

---

<sup>2</sup> Site de l'OMS, <http://www.who.int/fr/>

<sup>3</sup> ObEpi 2012 : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité réalisée par l'INSERM, KANTAR HEALTH et ROCHE, p.15 [http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete\\_obepi\\_2012/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete_obepi_2012/obepi_2012.pdf)

<sup>4</sup> Plan obésité santé 2010-2013, <http://www.sante.gouv.fr>

<sup>5</sup> BASDEVANT A., ARON-WINEWSKI J. et CLEMENT K., in BASDEVANT A., BOUILLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p.4

Le diagnostic d'obésité est posé pour un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, chiffre correspondant au « seuil à partir duquel le risque de mortalité ou de morbidité augmente de manière significative »<sup>6</sup>.

L'obésité sera ensuite classifiée :

CLASSIFICATION DE L'OBESITE	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Classe 1 (commune)	30,0 à 34,9
Classe 2 (sévère)	35,0 à 39,9
Classe 3 (massive ou morbide)	≥ 40,0

L'IMC permet d'avoir un regard sur la corpulence de la personne sans connaître le détail de sa composition corporelle. Or à IMC égal, les risques pour la santé seront différents selon qu'il s'agisse d'une personne avec un taux de masse grasse important, ou d'un sportif à la carrure imposante mais qui affichera un taux de masse maigre prépondérant.

#### ∴ La DEXA : Dual Energy X-ray Absorptiometry

La DEXA permet une mesure de la composition corporelle de la personne en masse grasse et masse non grasse (masse musculaire, viscérale et osseuse).

La technique de densitométrie par absorptiométrie bioénergétique utilisée pour la DEXA permet d'exposer le corps entier de la personne à deux faisceaux de rayons X d'énergie différente. En fonction de leur nature, les tissus ne seront pas pénétrés de la même façon par les rayons X. La mesure des différentes atténuations des deux rayonnements d'énergie différente permet d'obtenir une image représentative de la composition corporelle de la personne et des taux de répartition entre masse grasse et non grasse<sup>7</sup>.

Le pourcentage de masse grasse diffère et varie du simple au double en fonction du sexe de la personne. Chez un homme, la graisse corporelle s'élève à environ 12% à 15% du poids du corps, contre 25% à 30% chez une femme.

#### ∴ L'impédancemétrie

L'impédancemétrie est une technique indiquant la composition corporelle en masse grasse, masse maigre et eau.

---

<sup>6</sup> Ibid, p.5

<sup>7</sup> Cf ANNEXE I : Exemple de DEXA dans le cadre d'une obésité mixte.

Pour ce faire, la personne monte sur une balance qui va faire circuler un courant de faible intensité dans son corps. Ce courant pénétrera plus ou moins facilement en fonction de la nature des tissus (musculaires ou gras), et un calcul permettra de déterminer la composition corporelle de la personne.

∴ Le rapport entre le tour de taille et le tour de hanche (RTH)

Le RTH est évalué en mesurant les tours de tailles et de hanches, puis en calculant le rapport entre ces deux mesures :

$$RTH = \frac{\text{Tour de taille (cm)}}{\text{Tour de hanche (cm)}}$$

Ce rapport permet de mettre en évidence une présence trop conséquente de masse grasse au niveau de la taille. Cette graisse abdominale, en présence trop importante, va venir se situer autour des viscères abdominaux et risque de majorer la survenue possible d'un accident cardio-vasculaire ou de difficultés respiratoires telles que le syndrome d'apnée du sommeil.

### *1.1.3. Les différents types d'obésités*

Il existe différentes manières d'appréhender l'obésité, selon son origine et sa période d'apparition, ainsi que selon la répartition de la masse grasse sur le corps.

∴ Les contextes d'apparition de l'obésité

Nous pouvons distinguer trois types majeurs d'obésités. Chacune se déclarera à des périodes différentes et selon des conditions particulières.

**L'obésité constitutionnelle** se déclare dès l'enfance et subsiste à l'âge adulte. Ce type d'obésité fait partie de la constitution de la personne. Elle résulte souvent d'une origine plurifactorielle héréditaire, environnementale et génétique.

**L'obésité réactionnelle** se déclenche en réaction à un événement de nature variable. L'obésité s'exprime comme une défense contre l'angoisse ou la dépression. Selon Hilde Bruch, il s'agit d'une forme d'obésité « chez laquelle l'augmentation de poids est la conséquence d'une expérience émotionnelle traumatisante [...] »<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> BRUCH H., 1975, p.150



L'**obésité acquise** se développe généralement à partir de la préadolescence ou à des moments particuliers de la vie adulte. Elle reflète généralement de mauvaises habitudes alimentaires qui entraînent une prise de poids. Le surpoids s'aggrave et se transforme en obésité. Ce type d'obésité apparaît fréquemment suite au phénomène « yoyo » résultant des régimes<sup>9</sup>. Les personnes atteintes d'obésité acquise basculent régulièrement vers un comportement alimentaire guidé par la restriction cognitive<sup>10</sup>.

∴ Classification en fonction de la répartition corporelle de la masse grasse

Il existe différents morphotypes de l'obésité en fonction de la topographie du tissu adipeux. Aucune règle ne prévaut, mais nous pouvons mettre en avant la prépondérance de certains types d'obésités en fonction du sexe de la personne<sup>11</sup>.

L'**obésité androïde**<sup>12</sup> ou **abdominale**, en forme de pomme, se retrouvera plus fréquemment chez l'homme. La surcharge prédomine au niveau de la moitié supérieure du corps, notamment au niveau du tronc et de l'abdomen.

L'**obésité gynoïde**<sup>13</sup> ou **glutéofémorale**, en forme de poire, sera majoritairement présente chez la femme. La surcharge se localise principalement au niveau de la moitié inférieure du corps, au niveau des hanches, des fesses et des cuisses.

L'**obésité mixte**, quant à elle, est déterminée par une silhouette dont le tissu adipeux est uniformément réparti et touche à la fois les hanches et le tronc. Ce morphotype d'obésité est le plus rencontré dans le cas des obésités massives, quel que soit le sexe.

En 1947, Jean VAGUE<sup>14</sup> fut le premier à distinguer des risques respectifs liés à la répartition androïde ou gynoïde de la masse grasse.

Plus que la quantité, c'est la localisation de la masse grasse qui favorise les risques somatiques de l'obésité : l'obésité androïde entraîne des risques plus graves pour la santé que son homologue à répartition gynoïde<sup>15</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf THEORIE 3.4. Les régimes et leurs conséquences

<sup>10</sup> Cf THEORIE 3.3. La restriction cognitive

<sup>11</sup> FRICKER J., 1995, p.70-71

<sup>12</sup> Cf ANNEXE II : Exemple de répartition de la masse grasse dans le cas des obésités androïdes et gynoïdes.

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Jean VAGUE fut le médecin français qui décrit pour la première fois en 1947 l'existence de deux silhouettes particulières en fonction de la répartition de l'excès de poids : l'obésité androïde et l'obésité gynoïde.

<sup>15</sup> VAGUE J., 1947, p.339-340

Toutefois, ce constat est principalement valable pour les obésités modérées. En effet, dès que l'excès de poids est trop important, et/ou que l'obésité est mixte, les complications somatiques apparaissent.

## 1.2. Epidémiologie<sup>16</sup>

Comme nous l'avons constaté précédemment, l'obésité touchait 15% de la population française adulte en 2012, soit 6 922 000 personnes. Depuis les années 1990, cette prévalence poursuit sa progression, mais avec une tendance significative au ralentissement. Les régions les plus impactées sont le nord de la France (21,8%), le Bassin parisien (17,8%) et l'Est (17,1%). Les autres régions présentent des prévalences relativement semblables et toutes inférieures à la moyenne nationale (15%).

Actuellement, l'obésité progresse plus rapidement et se retrouve de manière plus importante chez la femme (15,7%) que chez l'homme (14,3%). Cela n'était pas le cas il y a 15 ans. L'obésité était alors retrouvée en proportion égale selon le sexe.

Quelque soit le sexe, l'obésité tend à augmenter avec l'âge, pour se stabiliser aux alentours de 65 ans. Si avant l'âge de 55 ans, l'obésité féminine prédomine par rapport à l'obésité masculine, cette tendance s'estompe après cet âge.

L'obésité touche toutes les catégories socioprofessionnelles, mais nous pouvons constater une inégalité de la prévalence en fonction du niveau d'éducation et de la catégorie de revenu. L'obésité touche plus particulièrement les catégories socioprofessionnelles ayant un revenu faible ou moyen.

## 1.3. Etiologie, facteurs de risques et conséquences

### *1.3.1. Une étiologie plurifactorielle*

L'OMS établit que « la cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées<sup>17</sup> ».

En réalité, l'étiologie s'avère plurifactorielle. Personne n'est égal face à la prise de poids, et pour une même quantité d'énergie absorbée, certains prendront deux kilos quand les autres en prendront huit ou douze. L'obésité résulte d'un ensemble de facteurs intriqués plus que d'une causalité unique.

---

<sup>16</sup> ObEpi, p.15-32

<sup>17</sup> OMS, <http://www.who.int/fr/>

La **génétique** semble avoir un rôle dans l'apparition de l'obésité. Mais les formes monogéniques sont rares, de l'ordre de 2%. Les formes les plus courantes seraient causées par des mutations génétiques concernant plusieurs gènes. Ces mutations ne provoqueraient pas l'obésité en soi, mais placeraient la personne dans un terrain obésogène favorable. Cette prédisposition à l'obésité ne s'exprimerait qu'en interaction avec des facteurs environnementaux impliquant une sédentarité excessive ou une alimentation trop riche en énergie.

L'**hérédité** présente un facteur de risque pour développer une obésité, notamment dans les cas d'obésité massive. Chez les personnes ayant des antécédents familiaux, le risque de devenir obèse est environ de 60 à 80% si les deux parents le sont et 40% si un seul parent est touché<sup>18</sup>.

Les **facteurs socio-environnementaux** jouent un rôle prépondérant dans l'apparition de l'obésité, particulièrement pour les classes sociales les moins favorisées. Sur le plan agroalimentaire, plusieurs facteurs favorisent une alimentation riche et de mauvaise qualité : le bas prix des aliments énergétiques, la taille croissante des portions vendues, le recours à la restauration rapide et aux plats cuisinés.

L'espace environnant s'urbanise, facilite les transports et limite les déplacements. L'ordinateur, les jeux vidéo ou la télévision prennent une place importante dans le quotidien. L'environnement et les loisirs peuvent amener à réduire les activités physiques du quotidien et favoriser la sédentarité.

Par ailleurs, nous basculons de plus en plus dans une société de consommation où foisonnent la publicité et les médias. Cette société pousse à la surconsommation tout en valorisant la minceur, voir l'ultra-minceur. Beaucoup de gens veulent maigrir pour correspondre à une norme sociétale qui exclue, discrimine et stigmatise le corps gros et son excès de poids.

Tout cela modifie profondément notre rapport au corps et à l'alimentation.

Face à l'alimentation, les **comportements** changent. Jadis, le modèle familial privilégiait une alimentation autour de tablées, dans le plaisir du goût et le partage de repas conviviaux préparés et cuisinés.

Dans la société actuelle où tout va plus vite, cette culture alimentaire se perd. Les repas sont déstructurés et souvent pris « sur le pouce ». Le temps du repas disparaît et favorise une alimentation qui se grignote toute la journée. Les gens perdent les repères alimentaires, tant sur la qualité que sur la quantité.

---

<sup>18</sup> LECERF J-M., 2001, p.78

Enfin, les conditions de travail, le contexte socio-économique de crise ou une histoire de vie difficile génèrent souvent du stress, de l'angoisse ou conduisent vers une dépression.

Ces **facteurs psychologiques** peuvent augmenter la sensation de faim ou le besoin de manger pour être calmé. De plus, les souffrances psychiques peuvent générer l'apparition de troubles du comportement alimentaire qui pourront progressivement conduire vers l'obésité.

### *1.3.2. Les conséquences médicales de l'obésité*

Les complications observées chez la personne obèse peuvent être plus ou moins cumulatives et graves pour la santé. Elles restent souvent assez handicapantes et entravent la qualité de vie de la personne, tant sur le plan physique que psychique. Ces comorbidités ayant la possibilité de se déclarer sont nombreuses, nous aborderons donc que les pathologies rencontrées le plus fréquemment<sup>19</sup>.

L'accumulation de graisse au niveau de la cage thoracique, du diaphragme et de la plèvre (fascia situé entre les poumons et la cage thoracique) va entraîner une surcharge mécanique. Les personnes obèses seront contraintes de respirer avec de plus petits volumes et à plus haute fréquence respiratoire.

Les **complications respiratoires** associées seront principalement l'essoufflement, l'insuffisance respiratoire et le syndrome d'apnée du sommeil (SAS).

L'obésité peut entraîner de multiples **complications cardiovasculaires** qui augmentent sérieusement les risques de mort subite et de morbi-mortalités associées à ces pathologies. Nous pourrions retrouver des altérations fonctionnelles et structurelles du cœur, des troubles du rythme cardiaque, une insuffisance cardiaque et des cardiopathies ischémiques (maladie coronarienne).

La prise de poids peut déclencher des élévations de la pression artérielle, pouvant aller jusqu'à l'**hypertension artérielle** (HTA).

Si cette augmentation de pression artérielle se produit dans l'artère pulmonaire, cela conduira à une **hypertension artérielle pulmonaire** (HTAP) qui provoquera une insuffisance cardiaque et respiratoire.

La présence de graisse abdominale favorisera des **troubles du métabolisme glucidique** tels que l'insulino-résistance et le diabète de type II<sup>20</sup>. Nous pourrions aussi

---

<sup>19</sup> BASDEVANT A., BOUILLLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p.179-300

observer des **troubles du métabolisme lipidique**, dont la stéatohépatite métabolique. Cette pathologie résulte d'une accumulation intrahépatique de graisse et peut conduire à l'insuffisance hépatique.

Les **complications veineuses et lymphatiques** sont régulièrement observées et favorisées par l'obésité gynoïde. Le retour veineux s'opère moins facilement et provoque des insuffisances veineuses. L'obésité pourra interagir avec le système lymphatique pour provoquer des lipœdèmes (accumulation de tissu adipeux anormalement réparti entre le bassin et les chevilles) et des lymphœdèmes (dysfonctionnement lymphatique induisant une stagnation de la lymphe dans les tissus et une augmentation du volume des membres).

Les **complications ostéo-articulaires** se retrouvent couramment chez les personnes obèses. Les plus fréquentes sont la gonarthrose et la coxarthrose (arthroses du genou et de la hanche) ainsi que les pathologies rachidiennes de type lombalgies (douleur du rachis lombaire) et lombosciatiques (association de douleurs lombaires et le long du nerf sciatique, le plus souvent dues à une hernie discale). Elles sont très handicapantes et génèrent d'importantes douleurs musculosquelettiques.

Enfin, nous retrouverons des **problèmes dermatologiques** tels que des mycoses dans les plis cutanés, de l'acné, de la cellulite, des vergetures, une hyperhidrose (transpiration excessive) ou encore une hyperkératose plantaire (épaississement et fissure de la peau des talons).

Majoritairement bénignes, ces dermatoses altèrent significativement la qualité de vie des personnes obèses.

## 2. PRISE ALIMENTAIRE ET REGULATION PONDERALE

### 2.1. Manger

Nous mangeons tous les jours, plusieurs fois par jour. Cela peut s'apparenter à un automatisme. Mais notre comportement alimentaire revêt une triple fonction<sup>21</sup>. Manger implique de fournir à l'organisme l'énergie et les nutriments nécessaires pour couvrir ses besoins essentiels. Manger nous apporte du plaisir et satisfait une fonction

---

<sup>20</sup> Le diabète de type II, ou diabète non insulino-dépendant, est un trouble du métabolisme du glucose qui se caractérise par une hyperglycémie, c'est à dire une élévation anormale du taux de glucose dans le sang.  
<http://www.inserm.fr/>

<sup>21</sup> GOUGIS S. et BASDEVANT A., in BASDEVANT A., BOUILLLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p.382

hédonique. Enfin, manger reflète le partage convivial de la nourriture, remplissant une fonction sociale et relationnelle.

Quels sont les aspects sous-jacents à cet acte ?

∴ Faim et appétit

La **faim** apparaît lorsque l'organisme se trouve en manque d'énergie. Elle se traduira par une sensation de vide douloureux au niveau de l'estomac, une impression de faiblesse, accompagnées ou non de nervosité. La faim répond à un besoin physiologique de manger qui cessera lors de la prise alimentaire.

L'**appétit** se manifestera par une envie alimentaire particulière, en dehors ou non du contexte de faim. Il guidera la personne vers un choix d'aliments spécifiques répondant à un besoin nutritionnel de l'organisme.

∴ Rassasiement et satiété

Le **rassasiement** correspond aux phénomènes sensoriels et gastro-intestinaux qui ralentissent puis mettent fin à l'ingestion alimentaire. Il se met en place dès que la personne commence à manger. Lors du rassasiement, une sensation de plénitude est éprouvée.

La **satiété** représente un état de non-faim provoquant l'inhibition de la prise alimentaire et correspond à l'intervalle de temps séparant deux repas. Sous le contrôle de signaux hormonaux, elle ne s'installe qu'une vingtaine de minutes après le début de l'ingestion alimentaire.

∴ Qualité sensorielle des aliments

Les aliments ne possèdent pas tous la même appétence à nos yeux. Ce phénomène est dû à une particularité appelée palatabilité. Etymologiquement, ce mot vient de *palatal* et signifie « ce qui frappe le palais ».

La palatabilité définit la caractéristique d'un aliment procurant une sensation agréable au palais lors de sa consommation. Cette valeur hédonique de l'aliment dépend de ses qualités organoleptiques, c'est-à-dire son aspect, son goût, son odeur, son arôme, sa texture, sa consistance, sa température.

Lors d'une prise alimentaire, nous serons plus facilement attirés par les aliments palatables.

## ∴ Contrôle homéostatique et hédonique

La prise alimentaire répondant aux besoins énergétiques et nutritionnels de l'organisme sera physiologiquement régulée par deux types contrôles<sup>22</sup> interdépendants.

Le **contrôle homéostatique** permettra le maintien ou le rétablissement de l'homéostasie<sup>23</sup> énergétique.

Le **contrôle hédonique** résultera d'un rassasiement sensoriel lié au plaisir procuré par l'ingestion alimentaire. Ce type de contrôle explique la baisse de notre motivation à manger qui survient au cours du repas.

## 2.2. Influence des émotions

Le Petit Robert définit l'émotion comme « un état de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques (pâleur, rougissements, accélération du pouls, palpitation, sensation de malaise, tremblements, incapacité de bouger ou agitation)<sup>24</sup> ».

L'émotion est donc une manifestation psychosomatique : le corps va exprimer un langage non verbal dont il est en train de prendre conscience. La genèse d'une émotion traduira un état affectif de différentes natures.

Une émotion positive telle que la joie s'accompagnera d'une sensation de plaisir. Des émotions négatives telles que la tristesse, l'angoisse, la peur, la colère, la honte ou le dégoût seront quant à elles accompagnées de sensations de déplaisir.

Les émotions négatives entraîneront généralement des modifications physiologiques plus marquées que les émotions positives.

La survenue d'une émotion occasionnera une agitation des pensées. Si cette émotion est négative, notre cerveau nous poussera la plupart du temps à réagir pour la calmer ou y mettre fin. Nous serons poussés à nous couper de la sensation de souffrance ressentie en trouvant une solution rapide. Manger peut être une réponse. Cette influence des émotions sur le comportement alimentaire peut se retrouver chez tout un chacun.

Cette manière de gérer ses émotions ne sera pas inquiétante si elle se manifeste ponctuellement.

---

<sup>22</sup> FANTINO M., in ZERMATI J-P., APFELDORFER G., WAYSFELD B., 2010, p.33 à39.

<sup>23</sup> L'homéostasie correspond à la stabilisation des différentes constantes physiologiques de l'organisme.

<sup>24</sup> Le nouveau Petit Robert de la langue française, 2009, p.850

### 2.3. Régulation pondérale et notion de pondérostas

Le poids est un paramètre qui peut varier d'une personne à l'autre en fonction de l'âge, de l'environnement, du rythme de vie, des fluctuations de la vie. Cependant, Bernard Waysfeld<sup>25</sup> met en avant que « chez l'adulte en bonne santé, le poids ne varie que de quelques pour cent en fonction de l'environnement et de l'activité (été-hiver ; exercice physique-sédentarité)<sup>26</sup> ».

En effet, nous possédons tous un système de régulation pondérale appelé pondérostas. Il met en œuvre divers mécanismes biologiques et hormonaux pour maintenir le poids au tour d'une valeur de consigne, le set point (ou poids de consigne).

Toutefois, ce pondérostas peut se dérégler si des facteurs extérieurs interviennent. Par exemple, le poids programmé par le corps peut changer suite à des régimes ou lors de restriction cognitive. Le phénomène « yoyo »<sup>27</sup> de perte puis reprise majorée de poids entraîne des fluctuations pondérales. Le set point va alors se dérégler progressivement. Il augmentera avec une capacité limitée voir irréversible pour redescendre.

Par ailleurs, lorsque le poids dépasse la valeur de consigne du pondérostas, les sensations de faim et de satiété disparaissent. Les mécanismes de régulation pondérale ainsi que les repères du comportement alimentaire seront bouleversés.

## 3. LE RAPPORT A L'ALIMENTATION CHEZ LA PERSONNE OBESE

### 3.1. Les troubles du comportement alimentaire

Des troubles peuvent accompagner le comportement alimentaire de la personne obèse. Mais toutes les personnes obèses n'ont pas nécessairement des troubles du comportement alimentaires (TCA). Leur fréquence revient à hauteur de 60%. Cela signifie donc que 40% des personnes obèses ne souffrent pas de trouble du comportement alimentaire<sup>28</sup>.

L'**accès boulimique** va pousser la personne à consommer la nourriture de manière impérieuse et incontrôlée, lors de crises épisodiques, de fréquences variables.

---

<sup>25</sup> Le Dr Bernard WAYSFELD est médecin, psychiatre et nutritionniste. Il travaille sur les questions de poids et de comportement alimentaire depuis 30 ans et il a présidé le Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) de 2008 à 2012

<sup>26</sup> WAYSFELD B., 2003, p.78

<sup>27</sup> Cf THEORIE 3.4. Les régimes et leurs conséquences

<sup>28</sup> THOLLIEZ D., 2009, p. 61



Les aliments à forte valeur énergétique et la quantité avalée seront privilégiés. La nourriture est ingurgitée frénétiquement, au-delà de la satiété.

Des stratégies de contrôle de poids sont adoptées par vomissements, prise de laxatifs ou encore majoration de l'activité sportive.

L'**hyperphagie prandiale** consiste à manger en quantités excessives lors des repas. Ces « bons vivants » aiment les repas conviviaux.

Gérard Apfeldorfer<sup>29</sup> distingue deux types de personnes hyperphages<sup>30</sup>.

Les « gourmets et gourmands » accordent une place fondamentale aux plaisirs qualitatifs de la table en toutes circonstances (voyages, repas professionnels, sorties, cercle familial).

Les « remplisseurs » privilégient une ingestion quantitative plus que qualitative des aliments et s'orientent préférentiellement vers des plats copieux et nourrissants.

Le **syndrome d'hyperphagie incontrôlée** ou **binge eating disorder** se rapproche des accès boulimiques par l'ingestion alimentaire quantitative et frénétique. Cependant, aucune stratégie de contrôle de poids n'est adoptée.

Le **syndrome d'alimentation nocturne** ou **night eating disorder** provoque chez la personne un besoin impérieux de manger au cours de la nuit. Elle se réveille et ne peut se rendormir qu'après avoir ingéré une copieuse collation.

La prise alimentaire est réalisée dans un demi-sommeil. Le lendemain, la personne garde ou non des souvenirs flous de cet épisode nocturne.

Les **accès compulsifs** ou **craving** représentent les « fringales ». Sans avoir faim, la personne est irrésistiblement attirée par l'envie de consommer des aliments sucrés ou salés.

La prise alimentaire est souvent solitaire, cachée des regards, et accompagnée d'un sentiment de honte et de culpabilité.

Les **grignotages** représentent la consommation répétitive, machinale et sélective d'aliments en dehors des repas.

Les grignotages peuvent se répéter tout au long de la journée. Ils sont accompagnés d'un sentiment de culpabilité.

---

<sup>29</sup> Gérard APFELDORFER est médecin psychiatre et psychothérapeute, spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire et les problèmes pondéraux. Il est le cofondateur du GROS.

<sup>30</sup> APFELDORFER G., 1994, p.125

### 3.2. Régulation alimentaire des émotions

Comme nous l'avons vu, manger peut devenir une solution pour faire face aux modifications psychosomatiques entraînées par la survenue d'une émotion.

Jean-Philippe Zermati<sup>31</sup> et Gérard Apfeldorfer relatent deux cas de figure dans lesquels l'alimentation sera un recours face à une affluence émotionnelle. Ces deux cas se retrouvent chez ce qu'ils appellent « le mangeur émotionnel ».

Dans le cas de **l'impulsivité alimentaire**, le recours à l'alimentation viendra calmer l'inconfort déclenché par la survenue d'une émotion négative. Manger aura pour objectif d'augmenter la sensation de plaisir liée à l'ingestion alimentaire et ainsi diminuer la sensation de déplaisir liée à l'apparition de l'émotion négative.

L'aliment sera d'autant plus réconfortant s'il est empreint de représentations véhiculant des émotions positives. Comme l'expliquent ces deux spécialistes des TCA, ce mode de gestion émotionnelle ne constitue pas une anomalie du comportement alimentaire, mais « il peut toutefois le devenir s'il s'effectue au détriment des autres régulations ou s'il empêche les processus d'élaboration psychique de s'exprimer<sup>32</sup> ».

Concernant **l'intolérance émotionnelle**, le recours à l'alimentation visera l'évitement d'une expérience désagréable et douloureuse. Ce ne sera pas l'émotion qui entrainera la motivation à manger, mais l'incapacité à la supporter. Manger permettra de se soustraire à l'émotion pour ne pas la vivre et la ressentir.

Toutefois, des complications peuvent apparaître. Le mangeur peut réagir de la sorte pour des émotions d'intensité de plus en plus faible, aggravant ainsi l'intolérance émotionnelle<sup>33</sup>. Il peut aussi devenir victime de ce que J-P. Zermati appelle le « trouble du réconfort ». La charge affective des aliments orientant leur choix va venir se charger d'un contenu émotionnel négatif d'anxiété, de culpabilité, de honte, etc.

Ce phénomène empêche l'apparition de la satiété, donc l'arrêt de la prise alimentaire. Le mangeur, ne parvenant plus à se réconforter grâce à ces aliments, est poussé à ingérer des quantités démesurées pour parvenir sans succès à l'effet attendu.

Chez la personne obèse, nous retrouvons souvent une difficulté à identifier et élaborer les émotions perçues afin de pouvoir les gérer et les supporter. Cette régulation alimentaire des émotions est souvent observée.

---

<sup>31</sup> Jean-Philippe ZERMATI est médecin nutritionniste, thérapeute comportementaliste et spécialiste des troubles du comportement alimentaire. Il est le cofondateur et le président actuel du GROS.

<sup>32</sup> APFELDORFER G. et ZERMATI J-P., in ZERMATI J-P., APFELDORFER G., WAYSFELD B., 2010, p.143

<sup>33</sup> PHILIPOT P. et al., 2002, p.87 à 122.

### 3.3. La restriction cognitive

En l'absence de troubles, le comportement alimentaire est motivé par des besoins énergétiques, nutritionnels et émotionnels qui s'expriment sous la forme de sensations ou d'émotions. Ces besoins nous permettent de consommer les quantités d'énergie et de nutriments suffisantes au maintien d'un poids d'équilibre et d'un bon état de santé.

Le rapport à l'alimentation est donc sensoriel, et notre conscience n'intervient pas. Or dans le cas de la restriction cognitive, ce rapport à l'alimentation est perturbé et modifié.

Ce concept de restriction cognitive fut découvert pour la première fois par Peter C. Herman et Janet Polivy en 1975<sup>34</sup>. Ils la définissent comme une intention de contrôler mentalement son comportement alimentaire afin de maigrir ou de ne pas grossir<sup>35</sup>. Dès lors, l'alimentation n'est plus ressentie mais mentalisée.

La restriction cognitive s'exprimera sous des formes plus ou moins rigides. Chez certains, elle sera associée à un hypercontrôle des calories ingérées. Des dérapages alimentaires induisant l'ingestion d'aliments « interdits » à forte teneur calorique pourront survenir, mais de manière limitée et maîtrisée. Chez d'autres, la restriction alimentaire chronique sera difficilement supportée. Des levées d'inhibition se produiront et entraîneront une perte de contrôle sous forme d'accès boulimiques ou d'hyperphagie incontrôlée.

Selon P. C. Herman et J. Polivy, ce type de restriction contribuerait à aggraver le risque de devenir obèse.

### 3.4. Les régimes et leurs conséquences

Longtemps prescrits par le corps médical, les régimes font actuellement débats. Ils sont notamment pointés du doigt par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).

Dans un rapport réalisé en 2010<sup>36</sup>, l'Anses dénonce la dangerosité des régimes. Ils présentent des risques pour la santé et portent à conséquence sur le poids et le comportement alimentaire.

---

<sup>34</sup> HERMAN C. P. et POLIVY J., 1975, p.666-672

<sup>35</sup> HERMAN C. P. et POLIVY J., 1995, p.83-86

<sup>36</sup>Anses 2010, Résultats de la consultation publique relative au « Rapport sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », <http://www.anses.fr>

Tout régime à visée amaigrissante va entraîner une alimentation sélective et/ou restrictive. Cette restriction provoquera des déséquilibres alimentaires et des carences plus ou moins graves. Des troubles physiologiques et métaboliques pourront apparaître. De plus, la frustration engendrée par la restriction alimentaire générera le mécanisme inverse de celui escompté et provoquera une ruée vers la nourriture. Les régimes peuvent ainsi conduire une personne sans TCA à avoir des compulsions alimentaires et une alimentation dérégulée. Ils favorisent l'apparition d'une prise alimentaire basée sur la restriction cognitive.

Le régime se soldera majoritairement par une reprise de poids. La personne éprouvera alors un sentiment d'échec qui s'accompagnera d'une dévalorisation de soi, ainsi que d'une perte d'estime et de confiance en soi. Elle pourra aussi présenter des troubles de l'image du corps et du rapport à soi, liés aux comportements compulsifs et à l'incapacité à atteindre la silhouette idéale.

Par ailleurs, l'amaigrissement entraînera une perte de masse maigre, tandis que la reprise de poids se constituera avec de la masse grasse. Le corps deviendra plus lourd et difficile à porter car la musculature sera plus faible. Il brûlera moins d'énergie au repos car ce sont les muscles qui consomment le plus d'énergie.

Au final, le martyre des personnes faisant des régimes est double. Si l'amaigrissement escompté est atteint, il ne le sera pas dans la durée.

En effet, l'Anses met en avant que 80% des personnes ayant effectué un régime reprennent leur poids initial l'année suivante. Ce chiffre passe à 94% au bout de deux ans. Mais pire, la reprise de poids sera plus importante que la perte.

Ainsi, la personne sortira du régime avec des kilos supplémentaires. Elle entreprendra un nouveau régime afin de (re)perdre ces sur-kilos et atteindre le poids initialement désiré. Mais le résultat sera une fois de plus une reprise majorée du poids. C'est le phénomène pervers du « yoyo » ascendant qui peut conduire au surpoids puis à l'obésité.

Chacun de nous possède un poids morpho-physiologique plus ou moins élevé. Le poids idéal n'existe pas, et quelque soit sa corpulence initiale, vouloir l'atteindre semble utopique ou irraisonnable.

Chez les personnes obèses, après un parcours de régimes ayant bien souvent provoqué une reprise majorée de poids, l'objectif premier sera une stabilisation pondérale et l'arrêt d'une phase en dynamique ascendante.

## 4. REGARD PSYCHOSOCIAL DE LA PERSONNE OBESE

### 4.1. Etre obèse dans la société actuelle

Actuellement, la société prône la minceur et la véhicule par les médias ou la publicité. Avoir un corps svelte reflète d'un idéal de beauté tout autant que d'une réussite personnelle et sociale.

Parallèlement, les personnes obèses sont pointées du doigt, car elles ne correspondent pas à l'idéal de minceur, voir de maigreur.

Cette société rejette l'excès de poids. Pourtant, cette société a sa part de responsabilité, utilisant notamment la publicité pour pousser à la surconsommation.

Notre société de consommation génère en partie l'obésité, mais elle ne s'adapte par pour autant aux personnes obèses. Elle peut au contraire adopter une attitude discriminatoire envers ces personnes ( *sujet que nous aborderons ensuite*).

Ainsi, les personnes obèses peuvent rencontrer de nombreux obstacles dans le quotidien, tel qu'une difficulté dans l'obtention de prêts bancaires, pour l'accès dans les boîtes de nuit ou les parcs d'attraction, pour les déplacements aériens, ou encore pour accéder à des examens ou des soins médicaux (absence de matériel médical adapté comme les brassards de tension ou les blouses d'hôpital).

Dans une majorité des cas, la « faute » est rejetée sur la personne obèse, considérée comme responsable de son excès de poids qui la fait sortir de la norme sociétale.

### 4.2. Du stéréotype à la stigmatisation

Un **stéréotype** correspond à « un ensemble d'images simplifiées et de croyances (réelles ou fausses) partagées à propos d'un groupe social<sup>37</sup> ».

Un stéréotype peut être positif ou négatif, et nous pouvons connaître un stéréotype sans pour autant y adhérer.

Concernant les personnes obèses, elles sont « stéréotypées » par des traits particuliers de personnalité (fainéantes, stupides, faibles, indignes de confiance), des habitudes comportementales (elles mangent n'importe quoi et sont responsables de leur

---

<sup>37</sup> CHEKROUN P., 2012, « Les stéréotypes : comment ils se forment, comment ils nous gouvernent », 10<sup>ème</sup> rencontres du GROS.

état, ne font pas d'activités physiques, se négligent, sont peu sociables) et des attributs physiques (elles sont considérées comme « moches » et peu désirables, asexuées).

Ces stéréotypes vont glisser vers un jugement moral des personnes obèses (le **préjugé**), aboutissant progressivement à leur stigmatisation. Le préjugé va entraîner la stigmatisation, qui va à son tour renforcer et conforter le préjugé.

La **stigmatisation**<sup>38</sup> correspond à un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal » ou « déviant ».

Concernant les personnes obèses, Werner J. Cahnman explique que « par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration<sup>39</sup> ».

Au final, la personne ne sera pas considérée en fonction d'elle-même, de son identité et de sa personnalité, mais en fonction de son « stigmaté ». La personne va finir par adhérer et se conformer à ce jugement qui lui est porté, légitimant ainsi les comportements négatifs et discriminatoires à son égard.

Les conséquences néfastes de la stigmatisation seront doubles.

D'un point de vue personnel, la personne va se déprécier, manquer d'estime de soi et avoir une mauvaise image de soi. Elle va se replier sur elle-même et s'isoler. Elle se sent honteuse et coupable de sa situation, se rejetant elle et son corps pour faute de « non correspondance à une norme ». Elle peut croire qu'elle doit « expier » son excès de poids ou souffrir pour s'en sortir (notamment lors de régimes sévères ou d'activités sportives trop intenses), car « c'est de sa faute » si elle est obèse.

D'un point de vue sociétal, la stigmatisation va entraîner exclusions, rejets et discriminations dans la vie sociale, personnelle et professionnelle. Les personnes obèses sont plus touchées par la difficulté dans l'accès à l'emploi, elles évoluent moins vite et sont moins payées que des « non-obèses ».

Elles sont dès le plus jeune âge régulièrement raillées, moquées et exclues des relations sociales. Comme l'explique Sylvie Benkemoun<sup>40</sup> « la personne grosse fait peur<sup>41</sup> ».

Il est donc plus facile de rejeter et exclure, que de prendre le risque de nouer des liens avec quelqu'un dont le corps fait peur (et si la personne me transmettait son obésité ?).

---

<sup>38</sup> La stigmatisation a été étudiée et décrite par Erving Goffman, un sociologue canadien.

<sup>39</sup> CAHNMAN W.J., 1968, p.283-299.

<sup>40</sup> Sylvie BENKEMOUN est psychologue clinicienne, membre du GROS, et fondatrice du site « Regardxxl.com » <http://www.regardxxl.com>

<sup>41</sup> BENKEMOUN S., (2012), « Corps stigmatisé, corps nié », 10<sup>ème</sup> rencontres du GROS.

Notons que cette stigmatisation s'exprime aussi dans le corps médical et paramédical, avec une fréquence à prendre en considération.

Au nom d'une amélioration de l'état de santé et de la lutte contre les facteurs de risques liés à l'obésité, le personnel soignant peut avoir (sans nécessairement le vouloir), une attitude qui va en réalité prôner et idéaliser la perte de poids de la personne « trop grosse ».

Cette attitude va venir se conformer à l'idéal sociétal de minceur, « reflet » d'un état de santé psychique et physique satisfaisant. Des comportements volontaires de moqueries, de discriminations ou de rejet pourront aussi s'observer lorsque le patient obèse viendra consulter pour des soins (para)médicaux.

Par ailleurs, le corps médical peut prendre en charge uniquement l'obésité en tant que symptôme, et oublier de considérer la personne entière.

#### 4.3. Homme et femme obèses, quelques étapes clés de la vie<sup>42</sup>

Dès l'adolescence, avec l'apparition du corps sexué, vivre dans un corps gros n'est pas évident. La stigmatisation est déjà présente : les caractères sexuels secondaires du garçon sont effacés ou diminués, et la fille n'est pas reconnue dans sa sexualité.

Le chemin vers une relation sexualisée fait émerger de nouvelles complications. Les questions portent sur l'attirance, la séduction, mais aussi l'appréhension du regard de l'autre et la confiance accordée à cet autre, quand son propre corps n'est pas accepté. La stigmatisation renforce ces craintes, car dans l'inconscient collectif, la séduction est envisagée comme impossible pour les personnes obèses.

La femme est essentiellement considérée dans son aspect maternant et non reconnue dans sa féminité. L'homme est dévirilisé.

Ces étapes de la vie, a priori anodines pour une majorité de personnes, prennent plus de temps lorsque l'on est un homme ou une femme obèse. Le moment de construire un couple et d'avoir un enfant est souvent plus tardif. Ce désir d'enfant et l'accès à la maternité sera une fois de plus un parcours semé d'embûches.

La question médicale s'impose, car avoir un enfant lorsque l'on est obèse présente des risques, tant pour l'enfant que pour la mère.

---

<sup>42</sup> Ibid.

Mais les parents s'interrogeront aussi. La mère peut se demander si du fait de son obésité, son enfant sera « normal », elle s'interroge sur le regard que portera la société sur cette « mère obèse » lorsqu'elle ira chercher son enfant à l'école.

*Ainsi, entre les préjugés, la stigmatisation, les attitudes discriminatoires et les multiples difficultés rencontrées, le parcours de vie de la personne obèse peut s'avérer compliqué et douloureux.*

*En tant que soignant, il semble indispensable d'avoir ces informations en tête lors de la rencontre des patients. Nous pourrions ainsi être plus à même de les comprendre pour mieux nous adapter dans leur accompagnement.*

*Avant de rencontrer une personne « obèse », nous rencontrons une personne à un moment donné de son histoire de vie.*



# METHODOLOGIE

## 1. QU'EST-CE QUE L'ACTIVITE PHYSIQUE ?

Avant de présenter plus précisément le stage expérimental, il semble important de définir l'activité physique afin de la distinguer d'autres termes utilisés pour quantifier le niveau d'activité ou d'inactivité d'une personne. Il s'agit ainsi de déterminer le degré de mobilité ou d'immobilité corporelle dans laquelle se situe le patient lorsque nous le rencontrons.

### ∴ Comportement sédentaire, inactivité physique et activité physique

L'**activité physique** habituelle est définie comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au-dessus de la valeur de repos<sup>43</sup> ».

Un corps animé par un mouvement minimum sera donc en activité physique. Cette activité physique se retrouvera dans différents contextes tels que les loisirs, l'activité professionnelle, le cadre domestique ou lors des transports. Mais lorsque le corps n'atteindra pas ce seuil minimum, nous serons dans le champ de l'inactivité physique voire du comportement sédentaire pour le cas le plus extrême.

En ce qui concerne l'**inactivité physique**, le Pr Jean-Michel Oppert<sup>44</sup> explique qu'elle « correspond à l'extrémité inférieure du spectre de l'activité, elle est souvent évalué par l'absence d'activité physique déclarée, surtout pendant les loisirs<sup>45</sup> ».

Le **comportement sédentaire**, quant à lui, est représenté par « une activité physique faible, voire nulle [...] et correspond à un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante et la dépense énergétique est très faible<sup>46</sup> ».

Concrètement, ces comportements sédentaires seront retrouvés dans les activités statiques comme regarder la télévision, lire, conduire, travailler sur ordinateur, etc.

Ainsi, nous pourrions dire que ces trois notions se distinguent par la prédominance d'un corps statique ou en mouvement. Ce corps en mouvement le sera de manière plus ou moins intense selon le degré d'inactivité ou d'activité physique réalisée dans le quotidien et les loisirs.

---

<sup>43</sup> US Department of Health and Human Services, 1996.

<sup>44</sup> Jean-Michel OPPERT est professeur des universités, praticien hospitalier et responsable du service de nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, membre du CNRH d'Ile de France et président de l'association européenne de l'étude de l'obésité (EASO) à Paris.

<sup>45</sup> OPPERT J-M., in BASDEVANT A., BOUILLLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p. 115

<sup>46</sup> Ibid, p. 115

## ∴ Activité physique et sport

La majorité des gens confond souvent l'activité physique avec le sport. Or ces deux notions sont à distinguer.

L'**activité physique** remplit trois fonctions principales<sup>47</sup> :

- **Energétique** : la sollicitation des muscles squelettiques permet d'augmenter la dépense énergétique de l'organisme.
- **Sensorielle** : le mouvement stimule la proprioception et la kinesthésie, permettant à la personne de percevoir et ressentir son corps.
- **Relationnelle** : le corps en mouvement agit dans un temps et un espace donné. L'activité physique encourage ainsi une meilleure interaction entre la personne et son environnement.

Le **sport**, de son côté, est défini comme une « activité physique exercée dans le sens du jeu, de la lutte et de l'effort, et dont la pratique suppose un entraînement méthodique, le respect de certaines règles et disciplines<sup>48</sup> ». Il peut donc être considéré comme une sous-catégorie de l'activité physique, dont le cadre de la pratique et le but seront particuliers.

L'activité physique et le sport sont donc différents quant à leur modalité de pratique et leur objectif. La première aura un intérêt thérapeutique et visera au bien-être psychique et corporel de la personne, tandis que le deuxième visera plus spécifiquement le dépassement de soi ainsi que l'amélioration de la condition physique et des performances.

## ∴ Intérêt médical de la pratique d'une activité physique

Chez chacun d'entre nous, une sédentarité excessive ou une faible activité physique influent sur la qualité de vie et les risques médicaux. En ce qui concerne l'obésité, ces deux composantes auront des répercussions spécifiques et diverses. Elles augmentent le risque de mortalité, directe ou secondaire liée à l'apparition de maladies cardiovasculaires et favorisent l'apparition de pathologies chroniques tel que le diabète de type II, l'hypertension artérielle et certains types de cancers<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> DALARUN P., 2009.

<sup>48</sup> Le nouveau Petit Robert de la langue française, 2009, p.2425

<sup>49</sup> OPPERT J-M., in BASDEVANT A., BOUILLLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p. 117

A contrario, la pratique d'une activité physique minimale, régulière et non intensive prévient l'apparition de ces troubles ou permet d'améliorer l'état de santé lorsque les pathologies s'avèrent déjà installées.

Ainsi, la pratique d'une activité physique aura pour but de lutter contre l'inactivité physique ou la sédentarité. Elle s'inscrira comme préventive ou thérapeutique et visera l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Par ailleurs, l'activité physique permettra de rompre une boucle observée dans l'apparition de l'obésité, comme le décrit J-M. Oppert : « [...] la relation activités physiques-obésité peut être considérée comme circulaire, la prise de poids limitant souvent secondairement les possibilités de mouvement et l'activité physique<sup>50</sup> ».

Elle pourra donc prévenir l'apparition et l'installation d'un comportement sédentaire, avec le cercle vicieux où la personne prend du poids, elle bouge alors plus difficilement, donc elle bouge moins, ce qui entraîne à son tour une majoration de la prise de poids. L'activité physique pourra donc agir en prévention et en limitation d'une prise de poids ou dans un accompagnement à la stabilisation du poids.

Enfin, associée avec des mesures diététiques, l'activité physique aura pour but de s'inscrire dans une logique thermodynamique de perte de poids.

Cette logique est l'objectif principal et majeur du corps médical concernant la prise en charge des patients obèses. Au-delà d'une perte de poids, le but est plus précisément la perte de masse grasse impliquée directement dans l'apparition des diverses comorbidités de l'obésité. Les mesures diététiques viseront à diminuer la densité calorique de l'alimentation pour parvenir à cette perte de poids. L'activité physique aura pour rôle de réduire la perte inéluctable de masse musculaire observée lors d'une phase de perte pondérale. Or cette perte de masse maigre réduit la dépense énergétique au repos<sup>51</sup> (DER) de l'organisme, ce qui complexifie la perte pondérale.

Sur le plan médical, la perte de poids aura une incidence bénéfique avec la diminution des comorbidités respiratoires, cardiaques et métaboliques ainsi que les risques de morbi-mortalité associés. Sur le plan mécanique, la perte de poids présentera de nombreux intérêts tels que la diminution du poids porté par les articulations, avec une réduction des douleurs associées. La mobilité corporelle sera plus aisée avec une amplitude articulaire plus importante lors des mouvements. La

---

<sup>50</sup> *Ibid*, p. 118

<sup>51</sup> La dépense énergétique de repos (DER) correspond à la quantité d'énergie utilisée pour le maintien des fonctions vitales de l'organisme et représente la somme des dépenses énergétique des tissus et organes en période post-absorptive., in BASDEVANT A., BOUILLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p.395

fatigabilité de la personne diminuera car elle aura moins de poids à porter et à transporter.

Cependant, pour parvenir à la perte de poids escomptée, le facteur déterminant est la réduction des apports caloriques. Or c'est justement la problématique de l'obésité : réussir à limiter durablement et qualitativement les apports alimentaires. En agissant uniquement à la conséquence du problème, cette logique thermodynamique présente de nombreuses chances d'échouer sur le long terme. Mais elle risque aussi d'agir à l'encontre de l'effet désiré d'amélioration de l'état de santé, en générant l'apparition de TCA<sup>52</sup> et/ou d'une alimentation régie par la restriction cognitive.

Dans la prise en charge médicale des personnes obèses, cette perte de poids est un enjeu majeur. Elle signe une amélioration de la maladie et de ses comorbidités médicales. De plus, elle devient parfois une condition sine qua non pour accéder à des soins ou pouvoir réaliser certains projets de vie.

Par exemple, les douleurs ostéo-articulaires présentes chez ces personnes font parties des conséquences de l'obésité. La médecine peut traiter la douleur de manière antalgique. Mais la réponse médicale privilégie la perte de poids pour limiter ou résoudre ce problème à long terme. Et si la douleur est trop intense ou le nécessite une intervention chirurgicale, la perte de poids reste une condition limitante pour bénéficier de cette intervention qui pourrait réduire ou soulager définitivement la douleur. *Nous verrons cela en abordant le cas clinique de Mme L. en discussion*<sup>53</sup>.

Cette perte de poids est également demandée aux femmes désireuses de tomber enceinte. L'obésité augmente les risques d'infertilité, de surmortalité maternelle, de complications médicales durant la grossesse, ainsi que les risques fœtaux et néonataux. La perte de poids est la première solution envisagée par le corps médical pour permettre aux femmes obèses d'accéder à la maternité ou d'envisager une grossesse à moindre risque. Patrcik Lefèvre, Anne Chalancon, Eric Renard et Jacques Bringer<sup>54</sup> nous l'expliquent : « La perte de poids est un objectif préconceptuel à la fois pour faciliter l'obtention de la grossesse et pour réduire le risque maternofoetal. Une approche non invasive, précoce, à coût réduit et potentiellement efficace est à mettre en œuvre

---

<sup>52</sup> TCA : troubles du comportement alimentaire. Cf THEORIE 3.1. Les troubles du comportement alimentaire

<sup>53</sup> Cf DISCUSSION 1.3. La psychomotricité dans la prise en charge de la douleur.

<sup>54</sup> Patrick LEFEVRE, Anne CHALANCON, Eric RENARD et Jacques BRINGER sont Praticiens Hospitaliers dans le service d'Endocrinologie-Diabète du CHU de Montpellier.

initialement, mais les techniques de chirurgie bariatrique peuvent se révéler être les solutions à proposer dans un deuxième temps<sup>55</sup> ».

## 2. PRESENTATION DE L'HOPITAL DE JOUR « ACTIVITES PHYSIQUES »

L'hôpital de jour « activités physiques » (HDJ AP) représente, en réalité, le déroulement d'une journée qui a lieu à l'unité fonctionnelle d'activités physiques thérapeutique et préventive.

Toutefois, ce terme d'HDJ AP est communément utilisé pour désigner à la fois le nom de la journée et le cadre dans lequel celle-ci se passe.

### ∴ Présentation générale

Au sein de l'hôpital où je réalise le stage expérimental, il existe différents pôles de santé dont le **pôle cœur-métabolisme**.

Celui-ci regroupe les services de nutrition, diabétologie, endocrinologie-métabolisme, endocrinologie et médecine de la reproduction, et physiologie du sport.

Le **service nutrition** regroupe deux types d'activités : les consultations et les hospitalisations.

Les consultations permettent aux patients de rencontrer des médecins nutritionnistes, des médecins endocrinologues ayant une spécialité en nutrition et des diététiciennes.

Les hospitalisations sont pratiquées sous différentes formes :

- L'hospitalisation de semaine accueille les patients sur quelques jours. Ils viennent passer des examens pour constituer leur bilan pré-opératoire<sup>56</sup> ou pour assurer leur suivi post-chirurgical.
- L'hospitalisation traditionnelle reçoit les patients pendant une semaine à dix jours. Ils sont hospitalisés afin de réaliser des examens exploratoires pour dépister d'éventuelles comorbidités liées à l'obésité.
- L'hôpital de jour (HDJ) se passe sur une seule journée. Les patients peuvent venir dans le cadre d'un suivi post-chirurgical, pour participer à un atelier diététique et thérapeutique<sup>57</sup> ou pour suivre la **journée HDJ AP à l'unité fonctionnelle**

---

<sup>55</sup> BRINGER J., CHALANCON A., LEFEVRE P., et al., in BASDEVANT A., BOUILLOT J-L., CLEMENT K. et al., 2011, p. 713

<sup>56</sup> Les patients obèses peuvent venir consulter au service de nutrition pour procéder à une chirurgie de l'obésité appelée chirurgie bariatrique. Cette chirurgie vise à réduire plus ou moins fortement le volume de l'estomac par la pose d'un anneau gastrique ou par l'ablation d'une partie de celui-ci, avec ou sans intervention conjointe sur le système digestif pour créer une malabsorption intestinale.

<sup>57</sup> L'atelier diététique et thérapeutique regroupe une approche et des conseils diététiques prodigués aux personnes obèses lors de la réalisation d'un repas en groupe (environ 5 à 10 personnes). Il est encadré par

**d'activités physiques thérapeutique et préventive.** Cette journée HDJ AP a lieu une fois par semaine, le mercredi.

Le stage expérimental se situe dans le cadre de cette journée HDJ AP. Nous sommes deux stagiaires psychomotriciennes qui travaillons en binôme.

∴ L'équipe de l'HDJ « activités physiques »

L'équipe de l'HDJ AP est principalement composée du médecin cardiologue, de deux infirmières et d'un agent hospitalier qui s'occupe de préparer les plateaux repas du midi.

En tant que stagiaires psychomotriciennes, nous venons nous greffer à cette équipe médicale pour réaliser la consultation en psychomotricité.

∴ Quand et pourquoi cette journée a été mise en place ?

En 2007, un atelier est créé au sein du service nutrition afin d'apprendre aux patients à respirer et à ne pas être essoufflé après un effort. Cet atelier était destiné à certains patients, dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation.

Il a ensuite été modifié pour se transformer en une consultation plus complète et étoffée se déroulant sur une journée. La journée HDJ AP voit ainsi le jour en décembre 2009.

L'objectif de cette journée est d'amener la personne à la (re)prise d'une activité physique, normale ou adaptée, en rapport avec son état de santé et ses possibilités. Du point de vue médical, les intérêts sont majeurs et multiples :

- Préventif face aux risques de comorbidités liés à l'obésité
- Améliorer l'état de santé et les conséquences des comorbidités présentes
- Eviter ou limiter la survenue de comorbidités supplémentaires

∴ Quels patients viennent à cette journée ?

Les patients participant à cette journée sont orientés par leur médecin référent suite à une hospitalisation ou à une consultation dans le service où ils sont suivis. La prescription médicale peut être soit préventive chez les personnes en inactivité physique ou estimées trop sédentaires, soit thérapeutique chez celles présentant déjà des comorbidités ou un problème de santé particulier.

---

une diététicienne et une aide-soignante. Lors de cette journée, les patients passent aussi un bilan sanguin et font un point avec un médecin nutritionniste et une diététicienne.

A la base, les patients adressés à l'HDJ AP étaient tous suivis dans le service nutrition, mais la consultation s'ouvre progressivement à d'autres services du pôle cœur-métabolisme, tel que les services d'endocrinologie ou diabétologie.

### 3. JOURNEE TYPE D'UN PATIENT DANS CE SERVICE

La journée à l'HDJ AP se déroule sur des temps et des lieux différents, et accueille en moyenne trois patients à chaque session.

Dans la matinée, les patients vont réaliser différents types d'exams, avoir un entretien médical et psychomoteur, puis suivre un atelier préventif et thérapeutique avec le médecin. Le déjeuner instaure une coupure. L'après-midi, l'équipe se réunit pour un temps de synthèse. Le médecin reçoit ensuite les patients chacun leur tour, en entretien individuel. Il peut ainsi expliquer à chaque patient les résultats des exams et des bilans réalisés le matin, puis discuter avec lui, en commun accord, des objectifs qu'il devra essayer de mettre en place dans son quotidien.

#### ∴ Accueil du patient et premiers exams

Lors de son arrivée, le patient est reçu à l'HDJ du service nutrition pour effectuer son admission. Passée cette formalité, l'une des deux infirmières va l'accompagner dans les différents exams qu'il va réaliser.

Sa journée commence par une prise de sang afin de réaliser une série d'exams biologiques visant à dépister d'éventuels troubles métaboliques ou hormonaux. La manipulatrice radio va ensuite procéder à la DEXA<sup>58</sup> afin de déterminer avec précision la composition corporelle du patient. La série d'exams se termine par une pesée sur une balance à impédancemétrie.

Le patient pourra alors prendre son petit déjeuner avant de revenir avec l'infirmière à l'unité fonctionnelle d'activités physiques thérapeutique et préventive, dans un autre bâtiment proche du service nutrition.

#### ∴ L'entretien médical

L'entretien médical est réalisé par le médecin cardiologue, qui commence par expliquer au patient les modalités du déroulement de la journée. L'objectif principal est d'estimer l'état de motivation du patient à exercer une activité physique.

---

<sup>58</sup> Cf THEORIE 1.1.2. Les principaux indicateurs de l'obésité, La DEXA.



La consultation va permettre de faire connaissance avec le patient et d'aborder son mode de vie (situation professionnelle, personnelle et sociale ; alimentation ; loisirs ; activités physiques ; etc). Il sera alors possible de comprendre la relation que la personne entretient avec l'activité physique : ce qu'elle pratique ou non actuellement, ce qu'elle aime ou n'aime pas faire, ses possibilités d'exercer une activité physique (matériel pour la pratique, possibilité d'organisation, emploi du temps) ou encore les obstacles empêchant la mise en place d'une activité physique (problèmes physiques tel que des douleurs, des difficultés psychologiques comme l'impossibilité de se mettre en maillot de bain, une appréhension du regard de l'autre pour une pratique en club ou en groupe, un manque de temps, un manque d'argent, l'absence de lieux proches pour une pratique, etc).

En parallèle, le médecin réalise avec le patient un état des lieux clinique des pathologies associées à son obésité. Cela lui permet d'expliquer les retentissements de ces pathologies sur l'exercice d'une activité physique, mais aussi les bienfaits qu'aurait une activité physique pour améliorer les effets néfastes des comorbidités.

#### ∴ Le test d'effort physique

Le médecin cardiologue fait passer un électro-cardiogramme d'effort sur vélo ergonomique.

Ce test d'effort physique sert à vérifier l'absence de maladie cardiaque coronarienne, la normalité de la tension à l'effort et permet de préciser les capacités du patient lorsqu'il est poussé à produire un effort maximum. Le médecin pourra ainsi cadrer une activité physique qui sera à la fois possible et bénéfique pour le patient.

Par ailleurs, cela permet de leur expliquer la possibilité de réaliser des efforts physiques sans avoir besoin d'un suivi médical rapproché. Ils sont alors rassurés de connaître le cadre dans lequel ils peuvent fonctionner quand ils pratiquent seuls une activité physique.

Les patients appréhendent souvent de réaliser ce test car ils se sentent incapable de bouger à cause de leur poids et des difficultés secondaires liées (douleurs articulaires, essoufflement, moindre résistance à l'effort et fatigabilité plus importante, etc). Ils sont généralement surpris de voir qu'ils parviennent à l'effectuer. Ce test d'effort montre à la personne qu'elle peut bouger malgré son obésité. Cela amorce une sortie du cercle vicieux où bouger aiderait la personne à stabiliser son poids et améliorer les conséquences des comorbidités, mais où bouger peut s'avérer difficile et douloureux pour la personne à cause de l'obésité.

∴ La consultation en psychomotricité<sup>59</sup>

La consultation en psychomotricité se déroule principalement le matin, en alternance avec la consultation de la cardiologue. Nous réalisons l'entretien avec les patients dans un box de consultation médicale situé dans le service attendant l'HDJ AP. L'emploi du temps de la journée étant chargé, la durée de cette consultation est limitée entre 30 et 45 minutes. Nous avons le temps de réaliser un entretien et quelques tests, mais il n'est pas possible d'effectuer un bilan plus complet dans cet intervalle de temps.

Suite à cette première rencontre, nous décidons avec ma binôme de revoir certains patients dans l'après-midi, afin d'effectuer un bilan plus approfondi et plus complet. Nous voyons ces patients pendant que la cardiologue réalise l'entretien de fin de journée avec les autres patients.

Toutefois, ce bilan n'est pas réalisable pour tous les patients, par manque de temps disponible.

Tout ce qui est mis en place pour ce stage est réfléchi et travaillé ensemble avec ma binôme. Nous pouvons ainsi mettre en commun nos idées respectives afin d'agir de manière complémentaire dans l'intérêt des patients.

∴ L'atelier d'activités physiques :

Cet atelier mis en place par le médecin cardiologue a deux objectifs :

1. L'objectif principal est de montrer aux patients la manière de fournir un effort sans être essoufflé. Pour cela, un exercice de respiration leur est montré, en insistant sur l'importance de l'expiration lors de l'effort.

Les patients sont mis en situation lors de la montée et de la descente d'un escalier. En temps normal, cet exercice est un calvaire pour les personnes obèses. Les montées d'escaliers entravent souvent leur quotidien. Par exemple, les transports en communs tel que le métro sont difficilement accessibles en raison du grand nombre d'escaliers.

L'exercice précédent permettra aux personnes obèses d'avoir en leur possession un outil de plus pour améliorer leur qualité de vie au quotidien.

---

<sup>59</sup> Les modalités de cette consultation ainsi que les bilans complets seront évoqués plus spécifiquement et en détails dans la partie clinique.

2. L'objectif secondaire se déroule en deux étapes :

- La première consiste à apprendre à bouger sans avoir mal aux dos, fléchir les genoux sans ressentir de douleur et préserver son dos lors du port d'une charge.
- Lors de la seconde étape, les personnes apprennent à adapter un effort physique à leurs capacités.

Le médecin illustre la situation par une démonstration du réglage des appareils de sport tel que le tapis de marche ou le vélo. Le but est de trouver une allure juste pour que l'activité physique soit bénéfique et non traumatique pour le corps ou les articulations.

#### ∴ Le repas

Le repas est pris dans la salle à manger du service nutrition où les patients ont été accueillis le matin. Il est composé d'un menu complet et équilibré.

Ce temps est convivial et propice aux échanges, car à ce moment-là, la hiérarchie disparaît. Patients, équipe médicale et paramédicale se retrouvent autour d'un repas, de manière simple et dans des rapports égalitaires.

Les patients trouvent un moment favorable pour aborder des problématiques alimentaires rencontrées lors de leur prise de repas, ou évoquer certaines difficultés liées à leur comportement alimentaire. Le fait de partager ce repas avec eux permet de donner une dimension différente à un abord diététique. La problématique alimentaire est abordée de manière informelle, contrairement à une consultation typique de diététique. Ici, ce sont les patients qui posent les questions et non le médecin qui impose le cadre. Celui-ci n'est plus médecin, mais il assure une présence en tant que modérateur qui initie et fait rebondir la discussion entre les patients.

L'alimentation est abordée sous un autre angle, et ouvre les patients au partage de leurs expériences respectives. Ils se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls à éprouver certaines difficultés, que ce soit sur le rapport à l'alimentation ou sur des sujets divers du quotidien. Ce partage des situations s'avère réellement bénéfique pour chacun.

#### ∴ Réunion de l'équipe et synthèse

Après le repas, les patients attendent une dizaine de minutes pendant que l'équipe se réunit : les deux infirmières, le médecin cardiologue et les deux stagiaires en psychomotricité. Les observations et les impressions de chacun sont écoutées et puis

combinées afin d'avoir une lecture et une compréhension du patient la plus précise, la plus juste et la plus objective possible.

Cette synthèse permet d'élaborer ensemble des propositions accessibles et réalisables par le patient pour améliorer son état de santé, son bien-être corporel et psychique, ainsi que sa qualité de vie au quotidien.

#### ∴ L'entretien de fin de journée et le retour avec les patients

Suite à la réunion d'équipe, le médecin cardiologue revoit les patients individuellement. Ce point avec le patient portera sur la synthèse des résultats concernant les examens passés, et la définition d'objectifs à mettre en place dans le quotidien.

Le médecin commence par reprendre avec le patient les différents examens passés dans la journée. Il lui présente leurs buts et explique la signification des résultats. Si un problème de santé est découvert à ce moment là (diabète, problème cardiaque ou respiratoire, douleurs ou problème de santé), le médecin peut prescrire une ordonnance médicamenteuse, des actes médicaux ou paramédicaux (analyses complémentaires, kinésithérapie, psychomotricité, etc). Il peut aussi demander au patient de reprendre un rendez-vous avec son médecin référent dans le service où il est suivi.

Durant la seconde partie de l'entretien, le médecin va définir avec le patient des objectifs en termes d'activités physiques. Il y aura toujours un objectif principal et un autre secondaire.

L'objectif principal est très général. Par exemple, le patient devra essayer d'utiliser les techniques respiratoires apprises durant la journée afin de ne plus être essoufflé dans les activités quotidiennes et durant l'effort, ou il essaiera de trouver une activité physique qui lui génère du plaisir et de l'envie afin que celle-ci ne soit pas ressentie comme une contrainte.

L'objectif choisi par le patient et par le soignant pourra être différent, mais il sera important de tout de même trouver un point convergent qui s'applique à l'objectif général. Par exemple, le patient choisira une activité, et le médecin lui demandera de pratiquer celle-ci le plus régulièrement possible, ou de choisir une activité centrée sur l'endurance. Chacun pose une condition, mais celle-ci est prise en commun accord.

Cet objectif principal sera planifié : faire de l'aquagym à x fréquence avec les groupes adaptés aux personnes obèses, aller marcher x fois par semaine pendant un temps t ou

descendre du métro une station avant celle prévue pour marcher un peu plus chaque jour au retour de travail.

L'objectif secondaire sera d'ordre « non physique ». Il visera à trouver une activité qui apporte au patient un bénéfice en réponse à un besoin particulier.

Cet objectif pourra être de trouver une activité de loisir mais à réaliser en groupe pour sortir de l'isolement social ou prendre un moment privilégié pour soi au moins une fois par semaine, etc.

#### 4. LE SOAP : INITIER UN SUIVI DES PATIENTS

Le SOAP signifie Suivi des Objectifs d'Activités Physiques. Cet entretien, réalisé suite à la consultation initiale, a été mis en place un an après la création de la journée HDJ AP.

Au départ, les patients n'étaient vu que lors de la journée HDJ AP, et aucun suivi n'était réalisé ensuite. Comment alors mesurer l'intérêt et l'apport de cette journée auprès des patients ? Lors d'une consultation unique, est-il possible d'aider suffisamment les patients à amorcer des changements qui leur permettront d'améliorer leur état de santé et leur confort de vie ?

Afin de répondre à ces questions, le médecin cardiologue a commencé par instaurer un SOAP à 3 mois (il y a un an) avant d'en proposer un autre à 15 jours/1 mois (depuis septembre dernier).

##### ∴ Le SOAP à 15 jours/1 mois

Suite à la consultation initiale, un second entretien est réalisé. Il se déroule après la journée d'HDJ AP et dure une trentaine de minutes.

Le médecin cardiologue cherche à vérifier avec le patient si les exercices expérimentés pendant l'atelier d'activités physiques ont bien été compris. Le cas échéant, le médecin réexplique et montre de nouveau certains aspects pratiques qui n'auraient pas été acquis. Par ailleurs, cette deuxième consultation est l'occasion de voir avec le patient s'il a amorcé ou déjà commencé les objectifs définis avec le médecin.

Une consultation en psychomotricité a aussi lieu. De notre côté, nous cherchons à créer un cadre et un espace propice à l'échange. Le patient pourra nous faire un retour du vécu de sa première journée, en ayant pris cette fois le recul du temps.

Des questions émergent parfois, et ce SOAP permet d'y répondre.

Dans le cas où celui-ci a repris une activité physique, nous l'aménonons à s'interroger sur les perceptions et les sensations corporelles ressenties durant ou après cette activité. Un simple échange verbal reste limité, et moins approprié qu'une approche corporelle qui viendrait directement aborder la personne dans ses sensations et ses perceptions. Mais comme il ne nous est pas possible de réaliser des séances de psychomotricité à l'HDJ AP, nous cherchons à donner le maximum d'outils à la personne lors de cet échange. Nous l'aiguillons pour qu'elle repense à notre discussion lors de sa prochaine pratique d'activité physique, et qu'elle puisse s'interroger sur ce qu'elle ressent et perçoit à ce moment là. Nous tentons de l'amener progressivement à renouer avec un vécu corporel, avec son vécu corporel.

#### ∴ Le SOAP à 3 mois

Ce SOAP s'effectue après un temps suffisant pour que le patient ait pu entreprendre de mettre en route les objectifs définis avec le médecin. L'échange entre le médecin et le patient vise donc à voir si les objectifs principaux et secondaires ont été intégrés au mode de vie du patient.

Si rien ne s'est passé, le médecin cherche à comprendre ce qui a freiné ou empêché le patient dans cette réalisation, et les objectifs sont réévalués ensembles.

Du côté de l'entretien psychomoteur, nous prenons des nouvelles du patient, et le laissons nous parler des évolutions intervenues dans sa vie depuis la rencontre précédente.

Quand cela est possible, nous en profitons pour effectuer de nouveaux tests, ou des tests déjà réalisés afin de rendre compte de la différence depuis la première consultation.

# CLINIQUE

# 1. PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE : POURQUOI, QUAND ET COMMENT INTERVENONS-NOUS ?

## 1.1. Histoire de la psychomotricité dans le service nutrition

Un psychomotricien a déjà été présent dans le service nutrition entre 1998 et 2002. Sans connaître spécifiquement les interventions réalisées par celui-ci, le chef de service constatait cependant les bénéfices auprès des patients. Lorsque ce psychomotricien est parti du service, il a été remplacé de 2002 à 2005 avant que le chef de service décide de substituer la psychomotricité par de l'activité physique.

Un éducateur sportif est ainsi arrivé dans le service. Dans l'autre structure où ce dernier travaille, il collabore avec un psychomotricien. Ainsi, face à certaines difficultés ou barrières rencontrées avec des patients, il a proposé au chef de service de faire revenir la psychomotricité dans le service nutrition.

Le chef de service a accepté et un premier stage a été créé à l'HDJ, afin que l'éducateur sportif puisse travailler avec une étudiante en psychomotricité. Pour des raisons logistiques, il n'a pu être poursuivi.

Mais un nouveau stage a été créé, au sein de l'HDJ AP. C'est ainsi que les stages expérimentaux ont vu le jour dans cette unité, il y a maintenant trois ans.

## 1.2. Expression des objectifs du stage expérimental

Lors de notre rencontre, le chef de service a émis des demandes explicites qu'il estime encore non atteintes depuis la mise en place des stages expérimentaux.

Il souhaite comprendre ce qu'est la psychomotricité et ce qu'elle apporte aux patients obèses, en termes qualitatifs et quantitatifs. Il souhaite savoir de quelle manière elle vient s'inscrire dans le parcours de prise en charge du patient, et sous quelles modalités, afin de définir son apport dans le champ de la (re)prise d'une activité physique, en comparaison avec l'intervention de l'éducateur sportif.

Il nous a aussi interpellées, au titre de l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge les patients obèses, pour leur expliquer comment reconnaître les patients nécessitant (ou non) une orientation vers une consultation de psychomotricité, et pour quelles raisons.



Avec ma binôme, nous avons donc travaillé sur différents axes. Nous avons commencé par mettre en place un entretien et des bilans précis pour mieux appréhender les problématiques rencontrées par les personnes obèses.

Ainsi, nous voulions déterminer la manière dont la psychomotricité pourrait s'inscrire dans cette journée à l'HDJ AP et aider les patients vers la reprise d'une activité physique. Nous souhaitons aussi spécifier en quoi la psychomotricité pourrait soutenir et accompagner les patients obèses rencontrés lors de cette journée.

En parallèle, nous avons cherché à rencontrer les différents professionnels de santé. Nous voulions comprendre leur rôle auprès des personnes obèses et améliorer notre connaissance sur l'obésité.

Ces professionnels, pour la plupart, n'avaient pas connaissance de notre présence dans l'unité. Lors de notre rencontre, il nous a semblé important de pouvoir présenter ce qu'est la psychomotricité et expliquer le cadre de notre intervention à l'HDJ AP.

### 1.3. Premiers entretiens et premières observations

Au sein de l'HDJ AP, la consultation en psychomotricité n'a pas pour vocation de permettre un suivi thérapeutique. Elle a uniquement un rôle d'évaluation, de dépistage et d'orientation.

Notre rôle principal est de déterminer si le patient aurait besoin d'une prise en charge en psychomotricité ; et parallèlement essayer de déterminer l'activité physique qui lui correspondrait le mieux, en fonction de ses particularités et des problématiques qu'il rencontre.

L'année dernière<sup>60</sup>, la consultation psychomotrice était basée sur un entretien, un examen du tonus des membres supérieurs pour déterminer l'état tonique du patient, et un dessin du bonhomme comme test projectif pour déterminer l'intégration du schéma corporel et la perception de l'image du corps du patient.

Nous nous sommes appuyées sur cette base pour commencer, mais en réalisant uniquement l'entretien dans un premier temps.

Pendant un mois, nous avons souhaité prendre le temps d'observer et comprendre les personnes que nous rencontrions. Nous voulions élaborer un bilan approprié qui nous permettrait d'aller vers une meilleure lecture psychomotrice de la personne obèse, et

---

<sup>60</sup> EL'ADARI A., 2012.

ainsi répondre aux objectifs du stage, tout en favorisant l'évolution de cette consultation psychomotrice à l'HDJ AP.

Ce temps d'observation, croisé aux échanges avec l'équipe pour répondre à nos divers questionnements, nous a permis de dresser nos premières conclusions.

Chaque personne que nous avons rencontrée était singulière, tant pour les raisons qui l'ont conduite vers l'obésité que dans les problématiques psychocorporelles rencontrées. Nous avons pu comprendre qu'il n'existe pas « UNE » mais « DES » obésités, et nous avons aperçu une grande diversité dans les façons de vivre son corps chez les patients.

#### 1.4. Réflexion sur un bilan à réaliser

Au cours des divers entretiens, nous avons rencontré des personnes qui semblaient ne pas avoir besoin d'une thérapie ou d'un accompagnement spécifique en psychomotricité. Pour ces personnes, la journée à l'HDJ AP suffisait en soi, car le seul enjeu pour eux était l'objectif médical fixé par cette journée.

Mais nous avons aussi constaté que pour certaines personnes, l'obésité engendrait diverses problématiques dans des domaines variés et multiples.

Je vais présenter ce que nous avons pu approcher lors de ces premiers entretiens. Il ne s'agit en rien d'une observation exhaustive, et tout ce dont je vais parler ne se retrouve pas dans un profil particulier de patient type. Le but est simplement de rassembler toutes nos observations afin de réfléchir sur un bilan global à réaliser.

#### ∴ Hypothèses sur les répercussions psychomotrices de la sédentarité ou l'inactivité physique :

La consultation de l'HDJ AP vise à (re)mobiliser la personne pour qu'elle pratique une activité physique plus régulière. Nous avons parfois rencontré des personnes ayant une vie dynamique et active, et dont l'activité physique était déjà bien présente dans le quotidien. Certaines personnes pratiquent même un sport régulièrement et depuis longtemps.

Il me semble important de notifier que toutes les personnes obèses ne sont pas sédentaires ou en inactivité physique. Et lorsque c'est le cas, il y a souvent des explications sous-jacentes.

Toutefois, il est vrai que les personnes adressées à l'HDJ AP se situent régulièrement dans une activité physique insuffisante pour permettre, d'un point de vue médical, de prévenir ou de diminuer les comorbidités de l'obésité.

Le contexte de la consultation invite justement à rencontrer ces personnes, adressées par leur médecin référent pour cette raison particulière.

De notre côté, nous nous sommes interrogées sur les conséquences de ce manque d'activité physique du point de vue psychomoteur.

Notre corps est fait pour être en mouvement, et il semble que l'activité physique soit importante pour un bien-être psychique et corporel. Nous pouvons penser que cette insuffisance de mobilisation corporelle pourra avoir des répercussions sur la perception du corps d'un point de vue proprioceptif, kinesthésique et vestibulaire.

Or, les expériences corporelles et sensorielles sont nécessaires à l'intégration et à la préservation du schéma corporel, comme l'explique Cécile Pavot<sup>61</sup> en disant que « le schéma corporel se construit grâce à nos expériences perceptives et motrices, et devient lui-même le support de ces dernières. Il est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps, l'environnement<sup>62</sup> ».

Cette citation aborde aussi les notions d'espace et de temps. En effet, l'intégration des notions spatiales et temporelles est intriquée avec la construction du schéma corporel. Chaque mouvement que nous effectuons se déroule dans un temps et un espace donné. Les notions d'espace et de temps sont donc en lien avec la motricité. Or l'acquisition de ces notions est primordiale pour permettre à tout individu d'agir en relation avec les autres et l'environnement. Notre corps devient un référentiel spatio-temporel de notre ouverture au monde, comme l'expliquent Anne-Claire Galliano<sup>63</sup>, Cécile Pavot et Catherine Potel<sup>64</sup> : « Ce que nous sommes nous-mêmes ainsi que le monde qui nous entoure nous ramènent sans cesse à des composantes d'espace et de temps. Pour percevoir, comprendre, agir, penser, communiquer, nous nous référons à des données spatiales et temporelles<sup>65</sup> ».

---

<sup>61</sup> Cécile PAVOT est psychomotricienne, enseignante à l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de la Pitié-Salpêtrière et à l'école de Puéricultrices, Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris.

<sup>62</sup> C. PAVOT, 2011, p.6

<sup>63</sup> Anne-Claire GALLIANO est psychomotricienne, enseignante à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) de Paris.

<sup>64</sup> Catherine POTEEL est psychomotricienne, thérapeute en relaxation analytique, enseignante à l'ISRP et à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière.

<sup>65</sup> GALLIANO A-C, PAVOT C. et POTEEL C., in P. SCIALOM, F. GIROMINI et J-M ALBARET, 2011, p.219

A travers ce cheminement, nous pourrions progressivement, comme le dit Françoise Giromini<sup>66</sup>, nous construire en tant qu'individu et vivre notre corporéité : « le corps sujet, lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression est celui qui m'appartient, ce n'est pas le corps mais mon corps.<sup>67</sup> »

Ainsi, les expériences corporelles et sensorielles vont nous permettre de nous construire dans un corps perçu, ressenti, en lien avec nos éprouvés et nos émotions. Nous pourrions ainsi vivre dans un corps investi et habité, pré-requis indispensable pour s'ouvrir au monde, à la relation à l'autre, et pouvoir fonctionner avec une autonomie psychocorporelle.

Nous pouvons donc penser que le manque de mobilisation corporelle pourra influencer plus ou moins directement sur la perception du corps propre et du schéma corporel, sur la représentation de l'image du corps et de la conscience de soi, mais aussi sur la manière d'habiter son corps et donc de vivre sa corporéité.

Sans repères corporels stables, la personne pourra se retrouver en difficulté dans son rapport au temps et à l'espace. Tout cela pourra se répercuter sur sa possibilité d'investir son environnement et sa relation à l'autre. L'accès à une autonomie psychocorporelle pourra être remis en question.

Evaluer ces différentes composantes psychomotrices semble donc primordial.

#### ∴ Perception et appréciation de soi :

Les personnes que nous recevons ont souvent derrière elles un parcours médical assez conséquent. Des régimes commencés dès le plus jeune âge mais clôturés par des échecs et un poids en pente ascendante, malgré leurs efforts restrictifs. Elles prennent à leur compte ce sentiment d'échec. Leur estime personnelle est souvent faible, elles se sentent incapables et manquant de volonté. Elles ont un auto-jugement très déprécié, et pensent parfois que la perte de poids résoudrait leurs problèmes, qui s'envoleraient avec les kilos.

Leur parcours de vie est lui aussi souvent complexe, singulier et explique en partie certains traits de personnalité retrouvés chez les patients. Nous rencontrons des personnes parfois très repliées sur elle-même, isolées, avec une vie sociale limitée.

---

<sup>66</sup> Françoise GIROMINI est psychomotricienne, diplômée en sciences humaines (philosophie). Elle a enseigné à l'université Pierre et Marie Curie et a été directrice de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière (2001 à 2010).

<sup>67</sup> GIROMINI F., in P. SCIALOM, F. GIROMINI et J-M ALBARET, 2011, p.181.

Vivre avec un corps gros n'est pas évident, dans une société où la minceur et le contrôle sur soi prônent. Ces personnes se sentent parfois en faute de ne pas correspondre à la norme sociétale et rejettent fermement leur corps, quitte à le désinvestir au plus haut point et limiter les sorties pour éviter le regard des autres. Prendre soin de ce corps et le nourrir narcissiquement semble fastidieux. Il n'est pas rare de retrouver chez les personnes venant aux consultations des symptômes dépressifs, sous-jacents ou exprimés.

*∴ Mme B. a 31 ans. A 18 ans, elle pèse 100 kg pour 1,76 m (IMC à 32,3 kg/m<sup>2</sup>). A 20 ans, elle rencontre son mari et en prévision du mariage, elle fait un régime. Elle descend à 86 kg (IMC à 27,7 kg/m<sup>2</sup>). Après un parcours de « reprises » et « repertes » de poids suite à des régimes, elle pèse aujourd'hui 149 kg à 31 ans (IMC à 48,1 kg/m<sup>2</sup>). Comment vit-elle dans et avec son corps ? « Je le subis, je le trimballe. Je trimballe ce qu'il y a à trimballer. J'aimerais changer ça et retrouver mon poids d'il y a 10 ans. J'évite les miroirs. Dehors, je me sens deux fois plus large. Dans les transports, je prends toute la place. J'ai l'impression que tous les regards sont tournés sur moi et qu'ils me jugent. Il n'y a que chez moi que j'ai l'impression de « dégonfler ». Pas physiquement, mais dans ma tête. Chez moi, je ne me sens pas grosse. »*

*Mme B. était graphiste. Depuis 5 ans, elle a développé une phobie sociale et ne sort plus. Elle a rompu avec sa vie socioprofessionnelle et a perdu de nombreux amis.*

A travers cette vignette clinique, nous pouvons apercevoir les conséquences des régimes et l'impact du regard de la société<sup>68</sup> qui juge, stigmatise, discrimine, rejette, exclue les personnes qui ne correspondent pas à l'idéal sociétal de minceur ou de normalité.

Les répercussions se retrouveront notamment chez les personnes obèses au niveau de la perception et de l'estime de soi, de leur image du corps ainsi que dans leur relation à l'autre. Bien sûr, tout cela est à considérer en lien avec leur histoire personnelle, mais cet aspect psychologique est à prendre en compte.

#### ∴ Physiologie de la marche et typologie posturale

Lors des temps d'accompagnements impliquant des déplacements, nous avons remarqué que la physiologie de la marche et la typologie posturale des personnes obèses étaient particulières.

---

<sup>68</sup> Cf THEORIE 4.3. Des préjugés à la stigmatisation

Nous avons commencé ces observations lors des ateliers d'activités physiques proposés par le médecin, ou lorsque nous marchions pour nous rendre au box de consultation pour l'entretien psychomoteur.

*∴ Mr F. a 32 ans. Il souffre d'une obésité constitutionnelle dont la répartition est mixte. Il a un volume abdominal important. Lors de la marche, les jambes semblent « projetées » en avant du centre de gravité, les genoux en extension. Le buste est penché vers l'arrière pour « rattraper » le poids du ventre qui l'entraîne vers l'avant. Les bras restent sur le côté, « écartés » de leur position physiologique par le volume abdominal, fixés en abduction<sup>69</sup>, jouant ainsi un rôle de rééquilibration.*

L'obésité pourrait entraîner une typologie posturale particulière, en fonction du volume du corps et de la répartition de la masse grasse qui pourraient changer le centre de gravité de la personne. Celle-ci devrait adopter une posture particulière pour se rééquilibrer.

De plus, déplacer un corps gros nécessite une énergie et un recrutement de force et de tension musculaire supplémentaires. La physiologie de la marche pourrait se trouver différente, comparée à une personne de corpulence dite normale.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les aspects psychologiques précédemment décrits pourraient avoir une répercussion sur le versant corporel, avec l'adoption d'une typologie posturale singulière.

*∴ La douleur :*

Au cours des consultations, nous avons rencontré des personnes qui avaient une vie dynamique et active, et dont l'activité physique était déjà bien présente dans le quotidien. Ou en tout cas l'était jusqu'à une certaine période. Tout comme nous avons rencontré des personnes désireuses de (re)pratiquer une activité physique plus régulière, sans pouvoir y parvenir.

Dans les deux cas, la raison empêchant la poursuite ou la (re)prise d'une activité physique était due à une impossibilité physique générée par la douleur.

La douleur nous a semblé être un facteur majeur à considérer. *Nous étudierons ce facteur de manière approfondie lors de la présentation du cas clinique de Mme L.<sup>70</sup>*

---

<sup>69</sup> L'abduction est un mouvement qui écarte un membre du plan médian du corps.

<sup>70</sup> Cf DISCUSSION 1.3. La psychomotricité dans la prise en charge de la douleur.

## 2. PRESENTATION DES BILANS REALISES LORS DE LA CONSULTATION EN PSYCHOMOTRICITE

Suite à l'ensemble des observations précédentes, il nous a fallu déterminer les modalités des consultations psychomotrices à venir et cibler des axes d'observations. Nous avons alors pu déterminer les tests que nous allions faire passer aux patients afin d'avoir une meilleure lecture psychomotrice de leurs problématiques.

### 2.1. Modalités et déroulement de la consultation

Comme décrit précédemment<sup>71</sup>, la consultation psychomotrice se déroule principalement le matin, en alternance avec la consultation médicale. Nous réalisons un entretien spécifique et présentons des tests rapides à réaliser, afin d'avoir une vision globale du patient et des problématiques qu'il peut rencontrer. Nous restons assis autour d'un bureau pour ce premier entretien.

Cette première rencontre nous permet de voir si le patient présente des problématiques particulières qu'il serait intéressant d'approfondir. Lorsque c'est le cas, nous lui proposons de nous revoir l'après-midi dans le cadre d'un bilan plus complet et ciblé.

La consultation se déroule cette fois-ci dans une salle, et lors des tests, nous mettons le corps en mouvement.

Cette seconde consultation nous a semblé importante à mettre en place d'un point de vue psychomoteur. L'entretien du matin s'avère statique et majoritairement verbal. L'après midi, l'approche se veut plus psychocorporelle. Elle nous permet de mieux appréhender l'organisation de la personne et de son corps dans l'espace, le temps et la relation à l'autre.

### 2.2. Présentation des axes d'observations

Pour définir les axes d'observation de la consultation psychomotrice, nous nous sommes basées sur les observations précédentes.

---

<sup>71</sup> Cf METHODOLOGIE 3. Journée type d'un patient dans le service HDJ AP, La consultation en psychomotricité

∴ Rencontre avec le patient et observation spontanée

En premier lieu, il semble incontournable de commencer par avoir une appréciation globale de la personne dans son cadre de vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle.

Nous pourrons ainsi comprendre le rythme de vie de la personne et orienter l'entretien sur les points à approfondir.

∴ Schéma corporel, image du corps, image de soi et corporéité

Nous avons ensuite choisi de nous intéresser aux conséquences possibles engendrées par l'obésité dans la perception du schéma corporel, de l'image du corps et de l'image de soi. Nous avons cherché à comprendre comment la personne vit avec et dans son corps, quels perceptions et ressentis elle peut en avoir.

Nous pourrons ainsi approcher la relation que la personne entretient avec son corps, avec elle-même et voir l'influence que cela peut avoir dans sa relation à l'autre et son ouverture au monde.

∴ L'espace et le temps

Les notions de temps et d'espace nous sont apparues importantes à considérer, pour deux raisons différentes.

Tout d'abord, nous savons que ces notions s'acquièrent en parallèle à la construction du schéma corporel. Etant donné que nous nous intéressons à la construction et la préservation du schéma corporel dans nos axes d'observation, il semble inévitable de considérer les acquisitions psychomotrices qui se développent et s'entretiennent à partir de cette composante.

Mais nous souhaitons aussi considérer ces notions car elles sont au cœur de la thématique de notre stage à l'HDJ AP. En effet, l'activité physique implique la notion de mouvement, qui s'inscrit lui-même dans un espace et un temps donné.

Afin d'étudier les notions spatio-temporelles, nous nous intéresserons à deux observations complémentaires entre elles.

Nous appréhenderons ces notions dans leurs différentes composantes, en termes de perception, de structuration, d'organisation et de représentation. Mais nous les considérerons aussi en observant l'organisation corporelle de la personne obèse dans l'espace et le temps. Nous pourrons alors approcher la place de ce corps dans son environnement et dans la relation à l'autre.



## ∴ Praxies

L'étude de certaines praxies permettra de voir s'il y a une difficulté particulière dans le déroulement du geste pour réaliser un mouvement.

Si une difficulté apparaît, nous pourrions essayer de comprendre si elle se produit à l'étape de l'idéation, de la planification, ou de l'exécution du geste. Une difficulté s'exprimant principalement lors de l'exécution du geste impliquerait plus spécifiquement le versant moteur.

Cette difficulté pourrait résulter d'un manque d'expériences sensori-motrices si le corps a été insuffisamment en mouvements, tant dans la quantité que dans la qualité (la notion de quantité réfère à l'activité physique, et celle de qualité à la limitation des mouvements du quotidien pour diverses raisons).

En effet, selon sa localisation et son intensité, l'obésité peut réduire la mobilité corporelle, les amplitudes articulaires et les informations sensorielles car l'enveloppe de masse grasse atténue les informations perceptives en provenance de l'environnement et du corps propre. Dès lors, les stimulations sensorielles seraient entravées, donc moindres, et ne permettraient pas d'avoir un réajustement approprié de l'acte moteur grâce aux données proprioceptives, kinesthésiques et vestibulaires.

Une difficulté praxique, qu'elle soit de l'ordre d'une maladresse motrice ou d'une dyspraxie, pourrait expliquer que la personne cherche à éviter tout ce qui implique le corps dans une activité motrice. Or le mouvement, et par conséquent l'activité physique, résultent d'une activité motrice.

Si des difficultés praxiques sont retrouvées lors de la réalisation des tests, nous pourrions comprendre que l'engagement corporel dans la pratique d'une activité physique soit impacté.

## ∴ Physiologie de la marche et typologie posturale

Comme nous l'avons indiqué, la physiologie de la marche et la typologie posturale semblent modifiées chez la personne obèse. Sans nécessairement vouloir constituer de généralités ou un morphotype particulier, il semble intéressant d'observer ces deux composantes chez ces personnes.

∴ La douleur

La douleur fait partie du quotidien de nombreuses personnes obèses. Cette douleur peut être physique, mais elle peut aussi être psychique, avec une douleur morale s'exprimant par exemple sous la forme de symptômes dépressifs ou d'une fatigue chronique.

Dans les deux cas, la psychomotricité peut proposer un accompagnement. Faire preuve d'une écoute attentive et d'empathie sera nécessaire pour que la personne se sente comprise et entendue, face à une problématique qui entrave son quotidien et sa possibilité d'exercer toute activité physique. Elle pourra percevoir que nous ne mettons pas en cause sa volonté ou sa motivation, et que nous considérons cette douleur pour s'en occuper. Nous ne resterons pas uniquement axées sur la reprise d'activité physique à tout prix.

*L'exemple clinique de Mme L.<sup>72</sup> nous permettra d'aborder plus précisément les intérêts et les enjeux d'une prise en charge psychomotrice de la douleur.*

### 2.3. Tests réalisés lors du premier entretien

Les tests réalisés à ce moment-là vont nous permettre d'avoir un regard global de la personne, tout en allant explorer certains aspects particuliers concernant sa perception d'elle-même, le rapport qu'elle entretient avec son corps (plaisant, déplaisant, (dés)investi, douloureux), mais aussi avec l'espace et le temps. Les tests sont présentés dans l'ordre où nous les faisons passer à la personne.

∴ Le questionnaire de l'entretien psychomoteur<sup>73</sup> :

Ce questionnaire réalisé avec ma binôme a évolué tout au long de ce stage, en se précisant suite aux différentes rencontres cliniques réalisées.

Il comprend une présentation générale de la personne ainsi que des items particuliers pour les questions sur le temps, le sommeil, ou encore l'approche de la perception du corps et du vécu de la corporéité (question « comment vivez-vous avec et dans votre corps ? »).

La notion du temps et du rythme est abordée lorsque nous demandons à la personne de dérouler une journée type. Nous pouvons voir si elle possède un rythme personnel,

---

<sup>72</sup> Cf DISCUSSION 1.3. La psychomotricité dans la prise en charge de la douleur.

<sup>73</sup> Cf ANNEXE III, Questionnaire pour l'entretien psychomoteur

cohérent et en phase avec un rythme circadien (dont l'acquisition peut renvoyer à la manière dont se sont déroulés les premiers cycles et les premiers rythmes vécus par le bébé, en interaction avec sa mère). Nous cherchons aussi à comprendre le rapport que la personne entretient avec le temps (temps vide ou plein, et comment, par quoi ?), afin de comprendre sur quelle temporalité celle-ci vit (externe ou interne).

La question sur le sommeil (qualité et quantité) peut nous permettre de dépister une éventuelle dépression. La seule présence de troubles du sommeil n'indique pas nécessairement que la personne est en phase dépressive, mais cet élément est à considérer en lien avec d'autres symptômes typiques, dont l'inactivité physique (qui peut être un signe de dépression).

Avant de réaliser cet entretien, nous consultons le dossier du patient. Nous avons donc son anamnèse en notre possession. Poser aux patients des questions auxquelles nous avons les réponses nous permet de connaître sa position et son vécu de la situation.

A l'issue de ce questionnaire, nous avons de nombreuses informations concernant le patient, et nous pouvons apercevoir la qualité de son aisance dans sa relation à l'autre.

∴ Le questionnaire « Est-ce que j'habite mon corps ? »<sup>74</sup> :

Ce questionnaire a été réalisé par le psychomotricien ayant travaillé longuement dans le service nutrition<sup>75</sup>. Suite à notre sollicitation pour bénéficier de son expérience auprès des personnes obèses, nous lui avons exposé nos questionnements.

Nous cherchions à évaluer certaines composantes psychomotrices chez la personne obèse. Mais les tests psychomoteurs que nous connaissions ne nous permettaient pas d'accéder à ces notions (la corporéité et l'émotion notamment, deux items à prendre en compte dans l'abord de la personne obèse). Il nous a présenté ce questionnaire, réalisé lorsqu'il travaillait encore dans le service nutrition, et a accepté de nous le transmettre pour nous aider dans notre démarche.

Ce questionnaire reprend les notions psychomotrices fondamentales et des points plus particuliers, regroupés en dix items : la coordination, le schéma corporel, l'image de soi, la proprioception, l'émotion, l'espace, le temps, la relation à autrui, la présence, l'antériorité et le temps.

---

<sup>74</sup> Cf ANNEXE IV, Questionnaire « Est-ce que j'habite mon corps »

<sup>75</sup> Cf CLINIQUE 1.1. Historique de la psychomotricité dans le service

En vingt questions, ce questionnaire permet d'apercevoir « à quel point la personne habite son corps » et donne un aperçu général du vécu de sa corporéité.

Nous l'utilisons comme un support nous aidant dans notre réflexion. Au-delà des réponses obtenues, nous attachons de l'importance à l'observation subjective, et à ce que le patient peut verbaliser autour de ces questions. Elles permettent de venir chercher la personne sur des points particuliers, et les ouvrent à aborder des sujets dont elles n'auraient pas parlé spontanément.

∴ La silhouette d'homme ou de femme<sup>76</sup>:

Au départ utilisées pour appréhender les zones corporelles douloureuses (physiquement), nous avons par la suite fait évoluer l'emploi de ces silhouettes. Un jour, un patient a indiqué les zones douloureuses « psychiquement » et non « physiquement », en indiquant les zones de son corps qu'il rejetait. Nous avons compris que ces silhouettes pouvaient être mieux exploitées pour nous apporter plus de renseignements.

Nous demandons au patient d'indiquer (consignes données au fur et à mesure) les zones douloureuses physiquement, puis les zones du corps dépréciées ou non tolérées (mal aimées), et enfin les zones appréciées ou tolérées (aimées). Nous lui demandons d'utiliser une couleur différente à chaque fois.

Nous aurons plusieurs renseignements à l'issue de ce test. Cela nous permet de connaître les zones douloureuses, et donc en tenir compte pour l'orientation du patient et pour les propositions d'activités physiques éventuelles. Nous pourrons aussi apprécier chez la personne son image de soi et le niveau « d'amour » ou de « rejet » de son corps. Par ailleurs, nous pourrons prêter attention à une éventuelle concordance entre les zones douloureuses physiquement et psychiquement. Nous pourrons essayer de comprendre si ces zones sont douloureuses physiquement car rejetées psychiquement, ou rejetées car douloureuses.

∴ Le « dessin de la maison avec quelqu'un à l'intérieur » :

Ce test créé par Olivier Moyano<sup>77</sup> nous permet d'appréhender un aspect de la composante spatiale. Selon lui, cette épreuve « teste la structuration psychique ou

---

<sup>76</sup> Cf ANNEXE V, La silhouette de l'homme ou de la femme

<sup>77</sup> Olivier MOYANO est psychomotricien, Docteur en psychopathologie et psychologie clinique.

interne, c'est-à-dire qui ne répond pas à la question de comment l'enfant connaît l'espace, mais comment sa pensée manipule les concepts spatiaux directement, à savoir comment l'espace même de la pensée est structuré chez l'enfant et comment il varie dans la relation à l'adulte<sup>78</sup> ».

Ce test ne pose pas de problème si l'espace de représentation est structurée et organisé (aux alentours de 9 ans), si la notion de transparence est dépassée et si le rapport dedans/dehors est acquis. Ce test est destiné aux enfants, mais nous l'avons utilisé avec les patients rencontrés, à titre d'observation en lien avec les autres tests réalisés. Nous sommes attentives à divers éléments qui pourraient indiquer :

- un espace tridimensionnel non acquis, comme la visibilité du personnage à travers le mur alors que la notion de transparence devrait avoir disparue ;
- des détails mettant en évidence une difficulté à penser la dialectique dedans/dehors ou une confusion du soi/non-soi, nous interrogeant sur une possible non résolution des processus de séparation et d'individuation. Pour cela, nous pourrions prêter attention à la configuration de la maison dessinée. Dans la « maison-visage<sup>79</sup> » décrite par Anne Gatecel<sup>80</sup>, nous pourrions constater la volonté de représenter la différenciation du dedans et du dehors, mais il y aura une annulation de ce même processus. Une difficulté dans ces dialectiques soi/non-soi et dedans/dehors nous donnerait des informations sur une possible difficulté à percevoir un corps contenant avec des limites, avec tout ce que cela peut renvoyer sur une éventuelle mauvaise qualité des interactions précoces ayant eu lieu.

#### ∴ Le dessin des trois personnes :

Ce test est inspiré du « dessin du bonhomme de Goodenough », mais utilisé de manière évoluée en rapport au contexte du stage et à la population rencontrée.

Utiliser ce type de test avec une population adulte est toujours délicat au premier abord, à cause du risque d'infantilisation que pourrait ressentir le patient. Ce risque est à mon sens majoré pour les personnes obèses, régulièrement infantilisées par le corps médical lors des consultations. Nous avons tout de même décidé de le faire, mais en expliquant au patient l'intérêt de le réaliser et en le laissant libre de refuser.

---

<sup>78</sup> MOYANO O., 2002, p.20-25

<sup>79</sup> GATECEL A., 2009, p. 46. Dans cet ouvrage, elle explique que la « maison-visage » est « une maison où le contour correspond au visage de l'enfant, les deux fenêtres aux yeux et la porte à la bouche. Le visage de l'enfant qui est dehors est l'équivalent de ce qu'il y a dans le dessin. Il existe une différenciation du dedans par rapport au dehors mais celle-ci n'est pas très nette ; c'est à la fois différenciation et annulation de ce même processus ».

<sup>80</sup> Anne GATECEL est psychomotricienne, psychologue clinicienne et psychosomaticienne. Elle est actuellement directrice de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière.

Nous demandons successivement au patient de dessiner une personne ; de se dessiner tel qu'il se voit extérieurement, se perçoit ; et de se dessiner tel qu'il aimerait être « idéalement » ou tel qu'il se voit, se perçoit intérieurement.

Le premier dessin nous permet de voir de manière « neutre » l'image que le patient se fait d'une personne « lambda », et voir s'il va éventuellement projeter son image sur la personne dessinée.

La deuxième consigne nous permet de voir si le patient a une perception de son corps et de lui-même relativement juste, ou si cette perception et cette représentation de lui-même est erronée (majorée ou minorée, dans l'excès ou le déni).

La troisième consigne va nous permettre de mieux comprendre comment le patient peut « se vivre » intérieurement, ou comprendre le décalage existant entre le corps réel et le corps idéalisé.

Nous pouvons discuter avec la personne autour de sa manière de se voir, de se percevoir, de vivre son corps et son poids. Nous pouvons voir si elle se trouve dans une réalité du rapport au corps, même si cela peut être difficile à vivre et à accepter pour elle, ou si au contraire il y a un rejet et un déni du corps, pouvant aller jusqu'à une méconnaissance profonde de ce corps, dans ses limites, son volume, ses proportions. Dans chaque dessin, notre attention se porte plus précisément sur l'expressivité donnée, la taille et l'emplacement dans l'espace de la feuille.

## 2.4. Tests complémentaires du bilan

Ces tests, comme nous l'avons indiqué, mettront en jeu le corps en mouvement. Nous étudions particulièrement les notions d'espace, de temps et de rythme, en prenant en compte l'organisation du corps en rapport avec ces référentiels. Nous prenons aussi le temps d'observer les praxies.

### ∴ La physiologie de la marche et la typologie posturale :

Pour déterminer ces deux notions, nous observons la personne debout, en position statique et lors de la marche, en phase dynamique.

La physiologie de la marche est décrite à partir d'une lecture anatomique du corps en mouvement, selon le concept « d'anatomie pour le mouvement<sup>81</sup> » de Blandine Calais-Germain<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup> CALAIS-GERMAINB., 1989 p.7-99 et p.192-298.

<sup>82</sup> Blandine CALAIS-GERMAIN est kinésithérapeute méziériste, professeur de danse et enseignante à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière.

Pour la description de la typologie posturale, nous nous appuyons sur le travail de Benoît Lesage<sup>83</sup> concernant la correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon Godelieve Denys-Struyf<sup>84</sup>.

∴ L'Évaluation de la Motricité Gnosio-Praxique Distale<sup>85</sup> (EMG) :

L'EMG nous permet d'évaluer les capacités praxiques et d'adaptation motrice de la personne. Nous sommes attentives à l'investissement spatial et la qualité du geste dans son déroulement, son aisance et sa fluidité. Nous cherchons aussi à observer l'aisance de la personne pour dérouler un geste provenant du corps propre, afin de voir si elle semble à l'aise dans la mobilisation de celui-ci, et qui plus est en situation de « face à face ».

Cette condition de passation nous permet d'observer l'aisance de la personne dans la relation à l'autre. Nous pouvons ainsi détecter la présence de réactions tonico-émotionnelles, mettant en évidence une difficulté ou une gêne dans la relation duelle. Toutefois, nous gardons en tête que la condition de test peut à elle seule favoriser de telles réactions.

∴ Le corps, le temps et le rythme :

Nous évaluons ces composantes à travers des tests successifs. Nous commençons par un test inspiré des épreuves de rythme de Mira Stambak<sup>86</sup>, mais réalisé avec un engagement corporel.

Nous demandons à la personne, debout, de frapper un tempo spontané (TS) avec ses mains, afin d'avoir un aperçu de la cadence de son rythme interne. Je passe ensuite à la frappe de structures rythmiques de difficultés croissantes (le patient se trouve face à ma binôme, pour garder un contact et rester dans la relation, pendant que je me place hors de sa vue).

---

<sup>83</sup> Benoît LESAGE est médecin de formation. Il s'est ensuite formé à diverses approches psychocorporelles, techniques corporelles et techniques de conscience du corps et d'analyse du mouvement. Il est enseignant à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière.

<sup>84</sup> LESAGE B., 2012, p. 92-104. Cf ANNEXE VI, Correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon G. Denys-Struyf

<sup>85</sup> L'EMG est un test regroupant une batterie d'items d'imitation de gestes simples et complexes. Il a été adapté (1997) par Laurence VAIVRE-DOURET à partir de l'épreuve de Bergès-Lézine (1963).

<sup>86</sup> « Les trois épreuves de rythme » de Mira STAMBAK est un test faisant appel à la capacité d'appréhension perceptive, la fixation par la mémoire et l'intervention motrice permettant la reproduction des rythmes. Il renseigne sur la structuration temporelle (grâce au tempo spontané), la compréhension du symbolisme et la reproduction de structures rythmiques. Créée par Mira STAMBAK (1951), il a ensuite été révisé par Eric PYREYRE (2000).

Nous lui demandons ensuite de marcher en frappant au même rythme que sa marche. Puis, afin de voir s'il peut s'adapter à un rythme extérieur, je marche à des allures différentes, et il doit frapper dans les mains en s'adaptant à mon allure. Nous faisons ensuite l'exercice complémentaire : je frappe dans mes mains et il doit marcher en s'adaptant à la vitesse de la frappe.

Ces épreuves mettent en jeu les capacités de perception, de structurations temporelles et rythmiques, ainsi que les capacités de coordinations et d'adaptation à un rythme extérieur. Nous observerons si le patient est sur un versant inhibé ou s'il semble plutôt à l'aise dans la relation dès lors que le corps est en jeu.

∴ Le corps et l'espace :

Nous évaluons aussi le rapport à l'espace avec des tests successifs. Nous commençons par le « test des pas comptés » de Marthe Vyl<sup>87</sup>.

Nous demandons ensuite à la personne de réaliser des figures simples (cercle, carré, triangle), comme si elles étaient tracées au sol et qu'elle devait marcher dessus. Nous observons son investissement de l'espace et son aisance corporelle dans la réalisation de cette consigne simple. Nous regardons également sa capacité à passer d'un espace représenté à un espace vécu.

Ensuite, je réalise des figures au sol, impliquant des déplacements en ligne droite, en courbe et en croisant l'axe du corps (faire des « huit » par exemple). Le patient doit les refaire après moi (reproduction par imitation) ; puis je lui montre des déplacements sur papier qu'il doit reproduire dans l'espace de la salle (passage d'un espace représenté à espace vécu) ; et enfin, je lui demande de transposer sur une feuille le déplacement que je réalise dans la salle (passage d'un espace vécu à un espace représenté).

Pour le dernier test, nous désignons quatre points formant un carré dans la salle, et nous demandons à la personne de se situer au milieu de ce carré. Chaque sommet du carré est désigné par un chiffre. Nous indiquons à la personne le chemin à parcourir (exemple : aller de 1 à 3, puis 4, et revenir à 2 en passant par 1 auparavant). La personne devra organiser l'espace, se le représenter, et le mémoriser pour l'investir ensuite avec les déplacements.

A travers ces tests, nous vérifions l'acquisition de l'espace dans ses composantes de perception, de structuration et d'organisation. Nous pouvons remarquer s'il y a des

---

<sup>87</sup> Le « test des pas comptés » de Marthe Vyl » implique trois consignes successives : évaluer le nombre de pas nécessaires pour parcourir une distance (comme traverser la salle), parcourir la distance en moins de pas (faire des pas plus grands) et parcourir la distance en plus de pas (faire des pas plus petits).



difficultés à agir par imitation, à passer d'un espace vécu à un espace représenté et inversement dans le passage d'un espace représenté à un espace vécu. Nous observons l'adaptation spatiale de la personne et l'investissement corporel dans l'espace environnant de la salle.

Au-delà des composantes spatiales de bases, nous cherchons donc à observer l'organisation du corps dans l'espace.

### 3. PRESENTATION DES RESULTATS

Après avoir présenté nos axes d'observations et les tests permettant d'y accéder, voici les résultats issus de notre travail.

#### 3.1. Présentation générale des résultats

Dans les conclusions qui vont être exposées, nous ne reprendrons pas en détails les observations de chaque test. Nous considérerons uniquement les résultats par rapport aux axes d'observations évoqués précédemment.

Ainsi, nous privilégierons un regard croisé et synthétique des résultats obtenus sur l'ensemble des tests, afin d'en exposer uniquement l'essentiel.

#### ∴ Schéma corporel, image du corps, corporéité et image de soi

Ces notions sont à la fois distinctes mais intriquées et auront souvent des incidences les unes sur les autres. La présence de troubles et leur origine seront à relier au contexte d'apparition de l'obésité et à l'histoire de vie de la personne.

Le **schéma corporel** sera touché préférentiellement lors des obésités constitutionnelles, ou lorsque la personne aura eu des variations de poids importantes et/ou régulières (« phénomène yoyo »). Il sera généralement préservé dans le cas d'obésités acquises ou réactionnelles.

En revanche, l'**image du corps** sera atteinte dans quasiment tous les cas.

Le vécu de la **corporéité** sera aléatoire et pourra varier entre un désinvestissement corporel massif avec un repli sur soi, et un corps relativement bien habité en lien avec son environnement.

Dans le cas des obésités constitutionnelles, si le corps n'a pas été suffisamment investi, le schéma corporel et l'image du corps n'auront pas pu se construire correctement. Le corps ne sera pas (ou peu) investi, et la personne ne l'habitera pas.

Elle développera un sentiment d'incapacité physique, une image très dépréciée d'elle-même. Elle ne parviendra pas à mettre du sens sur ses éprouvés corporels et émotionnels, en lien avec le psychisme (*Voir Dessin N°1 de Mme T., en ANNEXE VII, Exemples de dessin des trois personnes*).

Nous pourrions observer le phénomène de « dissociation psychomotrice<sup>88</sup> » décrite par Pierre Dalarun<sup>89</sup> : « Fréquemment, nous rencontrons des personnes décrivant leur corps comme scindé en deux ou trois parties, à la taille ou au cou le plus souvent. Cela reflète une situation où la personne est coupée de son corps, parfois de ses besoins les plus primaires tels que la faim, parfois de ses émotions, parfois de son imaginaire<sup>90</sup> ». Cette dissociation<sup>91</sup> s'explique par :

- Une vulnérabilité ou un blocage des intermasses<sup>92</sup> des vertèbres lombaires et cervicales, zones de mobilité et de communication entre les trois masses (céphaliques, thoracique et pelvienne) : le mouvement ne circulera plus entre elles.
- Une rigidité de l'axe moteur (ensemble des trois intermasses) et des incoordinations motrices générées par une mauvaise qualité des appuis, un défaut d'ajustement postural à la pesanteur, le rapport perturbé à la terre-mère nourricière et la non acceptation du poids du corps.

En revanche, si le corps a été investi, la personne pourra s'adapter à son obésité constitutionnelle. Le schéma corporel et l'image du corps se seront construits de manière relativement cohérente et en lien avec la réalité. Si de surcroît la personne est active, elle aura appris à habiter un minimum son corps, mais pourra tout de même éprouver des difficultés à faire du lien entre le vécu corporel et le psychisme.

Lorsque l'obésité est réactionnelle (arrêt du sport, évènement de vie) ou acquise, le schéma corporel restera intact mais l'image du corps pourra être perturbée. La personne pourra avoir un rejet de ce « nouveau corps » qui incarne une prise de poids massive et devient potentiellement la cible d'un regard sociétal accusateur et stigmatisant. De plus, la personne pourra avoir l'impression d'être dans un corps « qui n'est plus le sien », car les perceptions et les sensations seront différentes. De cette situation pourra s'en suivre un rejet et un désinvestissement corporel, et une corporéité non vécue ou « mal vécue ».

---

<sup>88</sup> DALARUN P., in ZERMATI J-P, APFELDORFER G, WAYSFELD B, 2010, p.248-257

<sup>89</sup> Pierre DALARUN est psychomotricien, psychothérapeute et l'un des cofondateurs du GROS. Il est spécialisé dans l'approche corporelle des problématiques du surpoids et des troubles du comportement alimentaire.

<sup>90</sup> Ibid, p.250

<sup>91</sup> Ibid, p.251

<sup>92</sup> Cf ANNEXE VIII, Masses et intermasses corporelles

∴ Mme R., 39 ans, nous explique « qu'elle ne se croit pas grosse » et que ce n'est que « le regard des autres ou le miroir qui lui renvoie qu'elle est grosse ». Elle nous explique aussi « qu'elle a des difficultés pour évaluer la taille des vêtements à acheter, car elle se croit encore mince ».

Enfin, l'obésité favorisée par des fluctuations pondérales (restriction cognitive, régimes restrictifs) sera source de nombreuses problématiques.

Dans ce cadre, le corps physique et son apparence changeront aux grés des modifications pondérales. Le schéma corporel sera instable et pourra se déstructurer, car le corps n'aura pas de repères fiables : les perceptions et les ressentis corporels changeront sans cesse en fonction des oscillations pondérales. L'image du corps sera elle aussi fluctuante en fonction de la situation pondérale et de l'estime que se porte la personne selon que le poids est contrôlé et en phase de perte, ou alors si elle est en perte de contrôle et en phase de prise de poids.

Le corps, en mouvance et sans repères, ne peut être ni habité ni investi (ou uniquement partiellement). (Voir ANNEXE VII, Dessin N°2 de Mme N.).

Concernant l'**image de soi**, la gestion de l'obésité s'avèrera différente d'une personne à l'autre. Cela peut s'expliquer par le contexte d'apparition de l'obésité (un corps devenu gros récemment ou l'ayant toujours été), l'histoire de la personne et la situation de vie actuelle (personne bien installée dans sa vie et pour qui l'obésité ne constituera pas un frein dans la vie sentimentale, la vie sociale, l'activité socioprofessionnelle, les loisirs et les sorties, etc).

Le poids peut parfois être important (IMC élevé), mais la personne aura une bonne acceptation d'elle-même, tout comme l'obésité peut être légère (IMC à la limite d'un simple surpoids), mais la personne ressentira vis-à-vis de son corps un rejet et un dégoût massif.

Sans faire de généralités, nous avons aussi pu remarquer que la manière de vivre son corps et ce surpoids varie selon le sexe. Hommes et femmes n'ont pas les mêmes préoccupations et ne sont pas toujours guidés par les mêmes intentions lorsqu'ils viennent à la consultation<sup>93</sup>.

∴ L'espace et le temps

D'une manière générale, les différents tests réalisés nous ont permis d'observer l'absence de troubles majeurs de l'acquisition des notions temporelles et spatiales.

---

<sup>93</sup> Cf CLINIQUE 3.2. Hommes et femmes, des consultations identiques ?

Nous en avons retrouvé dans des cas particuliers et isolés, comme cela aurait pu être le cas dans la population générale.

La **composante temporelle** ne semble pas défaillante dans son acquisition en termes de perception, de structuration et d'organisation. Les particularités semblent plus porter sur la temporalité et le rythme individuel de la personne obèse qui peuvent s'avérer plus lents que tout un chacun. L'explication logique et rationnelle réside dans le fait que mobiliser un corps gros demande plus d'énergie et de temps, donc les déplacements seront ralentis. D'une manière générale (ce qui ne constitue pas pour autant une généralité), nous pouvons simplement dire que la personne obèse semble fonctionner sur un rythme plus lent pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

De plus, nous avons pu remarquer que la vie quotidienne de nombreuses personnes obèses s'organise sur la modalité d'une temporalité externe. L'emploi du temps est rempli par les activités extérieures telles que l'activité professionnelle, les rendez-vous, ou tous autres impératifs ou activités utilisées pour occuper le temps. Le temps ne semble pas être vécu ou décidé et le rythme de vie semble répondre aux sollicitations extérieures. Il en résulte une apparition de vide dès que la personne se retrouve seule avec elle-même. Ce vide se traduit par une difficulté à s'occuper ou un remplissage du temps par divers moyens tels que la télévision, l'ordinateur, la lecture ou la prise alimentaire.

Dans un contexte modéré, ces activités peuvent correspondre à un moment de détente. Mais dans le contexte où les patients nous relataient ces faits, cela s'apparentait vraisemblablement à un recours pour lutter contre l'ennui ou le vide, et combler le temps. Cette observation s'est majoritairement révélée lors du questionnaire sur le temps, entre les différences de rythme entre la semaine, remplie par le travail et les rendez-vous, et le week-end ou les vacances, durant lesquelles la personne nous disait ne rien faire, passer le temps ou attendre qu'il passe.

A travers cette description, nous pouvons voir un trouble dans le rythme interne et la temporalité de la personne. Cela peut faire penser à la théorie de Mahmoud Sami-Ali sur le temps lié au surmoi. Ce type de temporalité apparaît lorsque la synchronisation des rythmes biologiques et sociétaux n'a pas pu se réaliser correctement. Revenons sur la construction du rythme et du temps pour mieux comprendre.

Le temps commence à se construire dans la relation avec la mère qui va être un organisateur du rythme et du temps pour le bébé, alternant entre le rythme biologique

et l'adaptation au rythme social, comme l'explique M. Sami-Ali : « le fonctionnement maternel oscille ainsi entre le biologique et le social, articulant l'un à l'autre, et préfigurant l'insertion graduelle du temps corporel dans le temps objectivé par la société<sup>94</sup> ». Ce comportement maternel va permettre au bébé de pouvoir « synchroniser » ces deux rythmes : « [...] la mère joue, pour le nourrisson, le rôle de « synchronisateur » de plusieurs rythmes, permettant à ceux-ci de s'accorder, de s'harmoniser, de se mettre à l'heure<sup>95</sup> ».

Grâce à cela, l'enfant pourra accéder à sa propre subjectivité et être en lien avec ses sensations et son sentiment d'être soi, à la fois réceptif à ses besoins et à la temporalité interne. Ainsi, si notre construction rythmique et temporelle se sont bien déroulées, nous pourrions trouver un juste équilibre entre l'écoute de notre temporalité interne (biologique) et l'adaptation à la temporalité externe (sociétale).

Comme nous l'avons constaté chez certaines personnes obèses, l'activité professionnelle ou d'autres activités « occupationnelles » servent de cadre de référence : elles tiennent leur place d'activité (professionnelle ou « occupationnelles »), mais elles servent aussi d'organisateur (du temps) en provenance de l'extérieur. Privée de ces activités (week-end, vacances) qui « occupent » son temps, la personne se retrouve sans repère, en proie à l'angoisse du temps libre qui se met à poindre, et la ramenant ainsi à l'angoisse du vide. Nous constatons donc que cette temporalité interne ne semble pas ressentie chez elles, elles ne peuvent pas fonctionner suivant leur rythme biologique, mais seulement vivre en fonction des repères sociétaux. La synchronisation décrite précédemment n'a pas eu lieu. C'est ce que M. Sami-Ali appelle la temporalité appartenant au surmoi : « [...] il peut s'insinuer, au nom d'une norme adaptative qu'on cherche à appliquer, la discorde, une discorde si caractéristique du temps appartenant au surmoi, parce qu'il s'impose et impose l'exigence liée au travail ».

Concernant la composante spatiale, le problème réside majoritairement dans la place du corps dans l'espace, dans la relation à l'autre et dans l'ouverture au monde extérieur. La problématique semble être plus axée sur une notion perceptive et sensorielle du corps, en lien avec son environnement, plutôt qu'en terme de perception de l'espace à proprement parler. Cela s'apparente donc à des troubles spatio-corporels.

Certaines personnes rencontrées savaient pertinemment qu'elles étaient obèses, mais sans avoir pour autant de notions « réelles » de leur volume corporel ou de leurs

---

<sup>94</sup> SAMI-ALI M., 2010, p.48

<sup>95</sup> Ibid, p.49.

limites corporelles. Les limites corporelles donnaient l'impression d'être mal délimitées et floues, dans un corps qui n'était pas contenant et maintenant. Remplir ce corps avec de la nourriture serait-il une volonté de venir fixer un fond et un support à ce corps ? Serait-ce un moyen de ressentir des limites internes, à défaut de percevoir des limites externes. L'enveloppe de graisse pourrait-elle venir matérialiser le défaut de perception des limites externes ?

Le « Moi-peau » de ces personnes obèses semble défaillant dans les fonctions de contenance et de maintenance décrites Didier Anzieu<sup>96</sup>.

Pour la fonction de maintenance, il explique que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, et assure une fonction de maintien du psychisme. Cette fonction de maintenance s'acquiert grâce au holding<sup>97</sup> maternel, décrit par Donald Woods Winnicott. Ce holding est représenté par les bons soins que prodigue la mère à son bébé, avec un soutien tant physique que psychique.

La fonction de contenance implique le recouvrement de la surface entière du corps par la peau, venant créer une enveloppe contenant. Cette fonction de contenance se construit grâce au handling<sup>98</sup> maternel dont parle Donald Woods Winnicott, c'est-à-dire la façon dont le bébé va être soigné, touché et manipulé par la mère (toilette, habillage, caresses).

Ainsi, un défaut dans les soins maternels pourrait créer des carences qui se répercutent sur les constructions physiques et psychiques de la personne, l'amenant à percevoir un corps « mal délimité », ne remplissant pas le rôle d'un support et d'un contenant fiable.

De plus, nous avons remarqué que les personnes obèses n'avaient pas toujours conscience de la place occupée par le volume de leur corps, tant dans l'espace environnant que dans l'espace relationnel.

Concrètement, nous rencontrons deux types de personnes. Certaines gardaient toujours des distances importantes dans la relation à l'autre, comme si elles appréhendaient « d'être trop proche » (peur du relationnel, ou peur de mal évaluer le volume du corps et se trouver dans une distance qui semblerait intrusive pour l'autre ? L'enveloppe de graisse pourrait-elle inconsciemment venir distancier d'une relation à l'autre qui risquerait d'être trop proche ?).

Ce comportement se produit souvent chez les personnes qui ont l'impression de « prendre trop de place » et se sentent trop « envahissantes ». Nous pouvons rapprocher

---

<sup>96</sup> ANZIEU D., 1995, p.121-125

<sup>97</sup> WINNICOTT D.W., p.313

<sup>98</sup> Ibid, p.313

cela aux conséquences du rejet sociétal, qui fait comprendre à la personne obèse qu'elle prend « trop de place », mais aussi à un défaut de sentiment de soi et de valeur personnelle, accompagné d'un narcissisme défaillant.

D'autres personnes en revanche semblaient ne pas estimer la place prise par leur corps, et pouvaient se retrouver trop proches dans le domaine relationnel, de manière un peu envahissante pour l'autre (mauvaise appréciation ou comportement de « collage » par besoin de la présence de l'autre ? Mauvaise différenciation du soi et du non-soi ?).

#### ∴ Praxies

Nous n'avons pas remarqué de problématiques particulières dans la réalisation des gestes praxiques « à proprement parler ». Effectivement, certains gestes étaient limités en amplitude, ou réalisés de manière imprécise.

Mais pour une personne obèse, lever et « tenir » ses bras peut être plus difficile, à cause du poids à porter, tout comme la jonction des mains ou l'investissement spatial de l'espace controlatéral peut être entravé par la présence d'un important volume abdominal. Les difficultés dans la réalisation de certains gestes semblaient à mettre en lien avec les conséquences impliquées par le fait d'avoir corps gros.

Nous n'étions donc, à mon sens, pas dans le cadre de réelles difficultés praxiques en terme de maladresse motrice ou de dyspraxie.

#### ∴ La douleur

Sauf dans des cas rares et exceptionnels, les patients ont toujours indiqué la présence de zones douloureuses sur les silhouettes.

Porter sur soi un excédent de poids important implique des contraintes physiques sur les structures squelettiques, articulaires, musculaires et circulatoires. Nous avons régulièrement retrouvé chez les patients des douleurs articulaires aux genoux (gonarthrose) ou au dos (lombalgies, lombosciatiques ou hernies discales), ainsi que des douleurs de type tensions musculaires au niveau des cervicales et de la ceinture scapulaire.

Il peut être nécessaire de passer par une opération pour soulager certaines douleurs en les résorbant à la cause. Mais pour être opéré, le corps médical demande aux patients de perdre du poids pour limiter les risques opératoires. Or la douleur entrave toute activité physique qui pourrait aider le patient à cette perte de poids. Quelle solution envisager face à cette situation qui tourne en rond ?

Ces douleurs peuvent matérialiser des douleurs physiques, comme nous venons de le voir, mais aussi psychiques. Elles sont plus ou moins nombreuses et intenses, et peuvent s'avérer chroniques ou se révéler exclusivement dans certaines situations. Selon la gêne qu'elles occasionnent, elle impacteront de manière variable le quotidien de la personne obèse. Elles peuvent empêcher la personne de réaliser certaines tâches du quotidien, accéder à des loisirs ou encore réaliser des sorties.

Dans les cas extrêmes, nous avons rencontré des personnes qui restaient cloîtrées chez elles, allongées une majorité du temps pour ne pas ressentir la douleur. Ce processus entraîne une désocialisation et un isolement massif. La personne peut facilement tomber dans un syndrome dépressif.

Toutes ses observations reflètent à quel point cette douleur doit être prise en charge dans le parcours de soin de la personne obèse, tant dans son aspect physique que pour les répercussions psychologiques et psychomotrices qu'elle occasionne. Une approche psychomotrice serait réellement bénéfique dans ce cadre.

*Nous aborderons plus particulièrement ce facteur dans la discussion, à travers le cas clinique de Mme L.*

#### ∴ Physiologie de la marche et typologie posturale

En fonction des zones où se situe l'excès de poids amenant à l'obésité, nous retrouverons une **typologie posturale** plus particulière. La répartition de l'obésité va influencer sur la position du centre de gravité de la personne, et influencer le rapport entre les trois masses corporelles<sup>99</sup> (céphalique, thoracique et pelvienne).

Notons qu'il ne s'agit pas de postures « fixées », mais d'une dominante posturale.

Sans aller dans la généralité, nous pouvons remarquer, en nous reportant à l'ANNEXE VI<sup>100</sup> pour la compréhension des abréviations utilisées et des typologies posturales abordées :

- Les obésités gynoïdes ou mixtes se trouvent dans des dominantes antéro-médianes (AM) et antéro-latérales (AL), soit une typologie posturale en enroulement, limitant les mouvements d'ouverture des chaînes postéro-médianes (PM) et postéro-latérales (PL).

La répartition de la masse grasse sur la région pelvienne (bas-ventre, fesses et hanches) peut expliquer l'entraînement vers cet enroulement (AM), qui va lui-même

---

<sup>99</sup> Cf ANNEXE VIII, Masses et intermasses corporelles.

<sup>100</sup> Cf ANNEXE VI, Affinités spatiales et typologie des chaînes musculaires selon Godelieve Denys-Struyf.



favoriser l'attitude de repli sur soi (AL). *Cette posture peut aussi refléter un profil dépressif. Nous restons donc attentives à cet élément.*

- L'obésité de type androïde, caractérisée par la présence d'une graisse intra-abdominale, va précipiter la posture dans des dominantes postéro-médianes (PM) et postéro-latérales (PL).

Le volume abdominal va projeter le thorax vers le haut, contraignant à contrebalancer la situation par un recul du haut du corps et une ouverture de la ceinture scapulaire (épaules). La typologie posturale sera en ouverture, limitant les mouvements de fermeture des chaînes antéro-latérales (AL) et d'enroulement des chaînes antéro-médianes (AM).

Nous avons pu remarquer que la double chaîne PA-AP semble peu présente et peu utilisée chez les personnes obèses, comme si elle était « effacée » au profit de la typologie posturale dominante en AM-AL ou PM-PL. Or la complémentarité des chaînes PA (chaîne d'extension axiale) et AP (chaîne rythmique) contribue à l'intégration et la préservation d'une axialité et d'une verticalité.

Ces deux composantes sont importantes dans la constitution d'un corps unifié et réceptif à son environnement, c'est-à-dire capable de s'ouvrir au monde.

Par ailleurs, nous avons remarqué que beaucoup de patients semblent avoir un déroulement altéré de la marche, entraînant une **physiologie de la marche** particulière.

Nous avons constaté un excès de pronation<sup>101</sup> au niveau des pieds et des genoux en valgum<sup>102</sup> (en « X »). Cela peut s'expliquer par l'excès de poids qui va provoquer un affaissement de la voûte plantaire, et le volume des membres inférieurs qui va générer un écartement des jambes (elles ne se situeront donc plus dans l'axe physiologique).

Ces particularités vont en partie expliquer les douleurs et gênes rencontrées par une majorité de personnes obèses (gonarthrose, pieds gonflés, frottements cutanés sur la face interne des cuisses, troubles circulatoires veineux et lymphatiques).

### 3.2. Hommes et femmes, des consultations identiques ?

Lors des consultations réalisées l'HDJ AP, nous avons dans la majorité des cas rencontré des femmes. Mais les quelques consultations survenues avec des hommes nous ont permis de distinguer une différence, dans les attentes et les raisons de leur venue.

---

<sup>101</sup> Cf ANNEXE IX, Morphologie des membres inférieurs.

<sup>102</sup> Cf Ibid, ANNEXE IX.

Sans pour autant aller dans la généralité, nous avons constaté que les femmes viennent souvent pour trouver une solution afin de maigrir, et l'activité physique en est le moyen ; alors que les hommes viennent pour reprendre une activité physique qui leur permettra d'être en meilleure santé.

Les hommes semblent plus préoccupés par leur santé que par l'esthétisme. La question de l'apparence peut aussi être présente, mais de manière secondaire et moins prononcée que chez les femmes, pour qui cette question de l'esthétique peut primer sur la santé. La société plébiscite les régimes, le corps mince et stigmatise le surpoids et l'obésité. Cela peut favoriser et majorer cette préoccupation esthétique chez les femmes. Nous pouvons observer cela à travers les deux témoignages de Mr C. et Mme B.

∴ **Mr C., 50 ans, nous a expliqué sa volonté de reprendre une activité physique :**

« Avec la vie de couple, le travail et les enfants, j'ai arrêté le sport. Je me suis installé dans une routine et j'ai pris du poids. Je n'y faisais pas trop attention, je me disais que ce n'était pas bien grave, et puis je continuais à vivre pareil. Alors cela ne me dérangeait pas. Mais là, ça me gêne pour bouger, je me sens essoufflé et j'ai peur d'avoir des problèmes cardiaques et du diabète ». (notons que le père de Mr C. souffrait d'obésité, avait des problèmes cardiaques et du diabète).

∴ **Mme. B, 25 ans, vient savoir quelle activité physique pourrait l'aider à maigrir, car elle supporte de plus en plus mal son apparence :**

« Depuis que j'ai pris du poids, ce qui me gêne le plus, c'est le regard de la société et tout ce qui me renvoie que je suis grosse et pas dans la norme. » (Mme B. souffre d'une obésité réactionnelle favorisée par un évènement de vie).

#### 4. RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS DU SERVICE NUTRITION

Nous venons d'apercevoir notre démarche clinique pour mettre en place des tests psychomoteurs et un bilan complet, afin d'avoir une meilleure compréhension des personnes obèses rencontrées. Nous avons pu observer les résultats, nous permettant ainsi d'avoir une meilleure lecture psychomotrice des patients rencontrés.

Au-delà de ce travail, nous avons choisi d'aller à la rencontre des professionnels de santé du service nutrition. En effet, comme nous avons pu le comprendre, l'obésité est une maladie chronique dont l'étiologie est plurifactorielle<sup>103</sup>. Elle nécessite donc une prise en charge globale par des professionnels aux spécialités différentes, afin

---

<sup>103</sup> Cf THEORIE 1.3.1. Une étiologie plurifactorielle

d'agir en complémentarité pour répondre aux besoins particuliers du patient. Il nous a donc semblé incontournable de pouvoir comprendre le rôle de chaque professionnel intervenant dans le parcours du patient que nous rencontrons.

D'un point de vue clinique, ces échanges ont été riches d'enseignements et nous ont permis d'avoir une meilleure compréhension des personnes obèses que nous recevons à l'HDJ AP.

#### 4.1. Premiers échanges avec les différents professionnels

Dans le service nutrition, les professionnels de santé sont notamment composés de médecins endocrinologues et nutritionnistes, de diététiciennes, d'un éducateur sportif, de psychologues, d'une manipulatrice radio et d'infirmières. Chaque professionnel intervient à son niveau dans le parcours de prise en charge des patients.

Actuellement, dans ce service, soigner l'obésité implique d'aborder les aspects médicaux, nutritionnels et diététiques, psychologiques, physiques et corporels.

Cependant, nous avons constaté que chaque professionnel agit de manière isolée dans sa pratique et traite uniquement la spécificité de l'obésité concernant son corps de métier.

Aucun lien n'est donc fait, alors que les différents maux des personnes obèses sont intriqués et se répercutent les uns sur les autres, au risque de s'auto-entretenir.

Comme nous le verrons plus loin, il serait certainement judicieux d'avoir une pratique transversale qui viendrait unir le psychique et le corporel. Il serait intéressant de créer du lien entre les différentes pratiques professionnelles, afin de prendre en compte l'ensemble des problématiques rencontrées par les personnes obèses, dans leurs tenants et aboutissants. Cela pourrait permettre d'agir de manière plus cohérente.

En collaborant pour tenter de résoudre certaines problématiques à la source et non intervenir sur les différentes conséquences ou de manière segmentaire, certaines particularités de l'obésité pourraient probablement être résolues plus efficacement et durablement.

Par ailleurs, nous avons noté que la majorité des professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance de notre présence dans le service. La plupart ne connaissait pas précisément le champ d'action de la psychomotricité, d'un point de vue général et plus spécialement dans l'accompagnement des patients obèses. Nous avons donc cherché à le leur expliquer, plus ou moins précisément en fonction de la période où nous les avons rencontrés et du recul que nous avons alors dans notre stage.

## 4.2. Collaboration avec les psychologues

Les échanges réalisés avec les différents professionnels sont restés ponctuels, dans le cadre d'une rencontre unique. Sauf avec les psychologues. Le premier contact s'est bien passé et s'est ouvert à des échanges ultérieurs, nous permettant d'approcher au plus près nos pratiques respectives, mais aussi de voir comment les rendre complémentaires dans certains cas.

Les psychologues travaillent à l'hôpital de jour. Elles ne réalisent pas de psychothérapie. Elles assurent des consultations au cours desquelles elles sont amenées à rencontrer des patients qui ont un projet de chirurgie bariatrique<sup>104</sup> ou des patients se trouvant en hospitalisation traditionnelle. Elles réalisent aussi des groupes de paroles sur des thématiques particulières. Normalement, elles n'interviennent donc pas dans le cadre de la journée HDJ AP.

Cependant, suite à une discussion, nous avons pu collaborer pour leur adresser des patients nous posant question sur le plan psychologique, ou des patients semblant en souffrance psychologique importante. Elles ont pu s'entretenir avec eux pour comprendre et évaluer leurs difficultés, et ainsi les orienter vers des approches psychothérapeutiques particulières ou des structures adaptées à une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique.

De plus, elles m'ont permise de participer aux groupes de paroles qu'elles réalisent. J'ai donc suivi l'une d'entre elle sur l'ensemble du déroulement des six sessions.

Suite au premier groupe, je lui ai proposé d'effectuer de courts exercices psychomoteurs avec les patients, à la fin de chaque groupe de parole. J'ai eu la chance qu'elle me fasse confiance et accepte. Elle s'est même engagée corporellement pour les réaliser en même temps que les patients. Ces exercices portaient sur la conscience corporelle, la respiration et la voix, l'étirement du corps, la sensori-motricité avec des percussions corporelles ou encore de la relaxation dynamique.

Suite à cela, nous avons abordé la possibilité de poursuivre ces groupes de paroles par une septième séance qui serait un atelier psychomoteur. Les patients se sont montrés très intéressés, avec la hâte de voir ce que donnerait une séance plus longue. Cette fois-ci, ma binôme aurait la possibilité de venir, et nous pourrions réaliser cet atelier ensemble. En l'absence d'imprévu, cet atelier aura lieu au mois de juin.

---

<sup>104</sup> Cf Note de bas de page, METHODOLOGIE Présentation de l'hôpital de jour « activités physiques », Présentation générale.

# DISCUSSION

## 1. QUAND ET POURQUOI PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE ?

A travers trois cas cliniques, nous essaierons d'approcher des situations représentatives pour expliquer ce que peut apporter la psychomotricité dans la prise en charge des personnes obèses, que ce soit dans le cadre d'un accompagnement ou d'une thérapie psychomotrice.

*(pour des raisons pratiques, nous n'écrivons pas à chaque fois le mot « activités physiques », mais nous utiliserons son abréviation « AP ». Pour les termes spécifiques, se reporter à la partie THEORIE du mémoire, ou aux notes de bas de pages pour les aspects particuliers).*

### 1.1. Quand la psychomotricité n'est pas nécessaire

**∴ CAS CLINIQUE de Mr C. : « Une impulsion pour repartir ».**

Mr C. a 49 ans. Les résultats issus des examens indiquent une taille de 1,77 m pour 125 kg, ce qui donne un IMC à 39,9 kg/m<sup>2</sup> avec un pourcentage de masse grasse (MG) de 43,5%. Mr C. a une obésité constitutionnelle.

Dans sa famille, il nous dit que « tout le monde est costaud » et « qu'il apprécie de se retrouver en famille pour bien manger, avec une tendance à se resservir ». Manger fait partie d'une culture familiale. Le stress peut influencer son rapport à l'alimentation et l'amener à manger plus.

Mr C. est informaticien à la SNCF, vit maritalement et a quatre enfants, dont deux filles qui habitent toujours au domicile familial. Il se passionne pour la photo et aime partir se balader avec des amis pour profiter de sa passion. En dehors de ces balades, il « ne pratique pas vraiment d'activité physique ». Il se passionne aussi pour les trains, et « c'est pour ça qu'il a voulu travailler à la SNCF ».

Mais ces derniers temps, son travail est devenu plus stressant, ce qui a provoqué une prise de poids. La phase ascendante tend à se stabiliser, mais compte-tenu des comorbidités de son obésité, une démarche médicale de perte du poids est initiée. En effet, Mr C. souffre de troubles cardio-vasculaires (il a été opéré de deux stents suite à

un syndrome coronarien<sup>105</sup>), d'une dyspnée d'effort et a présenté pendant quelques temps un syndrome d'apnée du sommeil.

Une prise en charge diététique est entamée, et Mr C. est adressé à l'HDJ AP pour compléter son parcours de soin. Nous réaliserons l'entretien puis le bilan complémentaire (*Cf ANNEXE X : Résultats des tests psychomoteurs, dossier de Mr C.*). Mr C. semble à l'aise dans la relation et répond avec enthousiasme aux questions. Il nous explique « ne pas avoir l'âme sportive, mais penser que ce serait bien qu'il s'y remette pour sa santé ». Mais « il manque de motivation et a tendance à se trouver de bonnes excuses pour ne pas franchir le pas ».

Le **questionnaire de l'entretien psychomoteur** révèle que Mr C. n'a jamais réalisé d'activité sportive, mais qu'il a toujours été actif et a pratiqué des activités physiques (ski, randonnées, VTT, marche, natation). Il nous dit avoir aimé faire toutes ces activités, mais « la prise de poids le fait fatiguer plus vite ». Nous ne notons aucun problème dans le rythme de vie, ni dans le sommeil.

A la question « comment vivez-vous dans et avec votre corps ? », il semble à la fois amusé et interrogatif, puis nous répond : « ça alors, je n'y ai jamais pensé... plutôt bien je pense. Si je n'avais pas ces problèmes de cœur, je ne sais pas si j'aurais cherché à maigrir ».

Le **questionnaire « Est-ce que j'habite mon corps ? »** met en avant la corporalité comme n'étant pas un problème prioritaire. Tous les items ont de bons résultats.

La **silhouette d'homme** indique une zone de douleur permanente à l'épaule droite, due à une fracture survenue il y a 15 ans (deux vis ont été posées). Il a ponctuellement des douleurs lombaires « qui partent comme elles viennent » et qu'il définit comme « venant du stress ». Une douleur apparaît parfois au talon droit, « comme si une aiguille le piquait ».

Les zones dépréciées se retrouvent sur les cuisses et le ventre (zones de prises de poids et de présence de l'obésité). Il dit « qu'il pourrait s'en passer ».

Il n'indiquera aucune zone appréciée ou tolérée, en nous disant que « rien ne lui vient, il est comme il est ».

Le **dessin du bonhomme dans la maison** ne met pas en évidence de problématique particulière. Il y a un décalage entre la perspective du toit et les bases de la maison,

---

<sup>105</sup> Le syndrome coronarien survient lorsqu'une ou plusieurs artères coronaires s'obstruent. La pose d'un stent, petit dispositif tubulaire, permet de résoudre ce trouble cardio-vasculaire.

mais après avoir dessiné, Mr C. sourit et pointe cette incohérence en nous disant « qu'il ne dessine jamais et que ça se voit... heureusement qu'il n'est pas architecte ».

Nous notons une configuration en « maison-visage<sup>106</sup> », mais la personne se trouve bien à une ouverture (porte).

Le **dessin des trois personnes** n'a été réalisé qu'avec deux personnes. A ce moment du stage, nous ne demandons pas encore au patient de « se dessiner tel qu'il aimerait être idéalement, ou tel qu'il se perçoit intérieurement ». C'est la rencontre ultérieure avec une patiente qui nous amènera à faire évoluer notre dessin des personnes.

Mr C. verbalise beaucoup ce qu'il fait pendant le dessin, pour nous expliquer ce qu'il dessine car il trouve qu'il ne dessine pas très bien.

Pour le dessin de la personne, il représente une personne de corpulence normale, et se représente avec son obésité sur le dessin où nous lui demandons de se dessiner tel qu'il se perçoit. Il ne semble pas y avoir de problème particulier dans la perception de soi et l'image qu'il a de lui-même.

Les **tests du bilan complémentaires** ne mettent pas de troubles psychomoteurs en évidence. Mr C. n'a présenté aucune difficulté pour les réaliser, qui plus est dans la bonne humeur. Il nous a même demandé si nous n'en avons pas d'autres, car « là ça l'amuse et c'est vivant, ça le change des consultations médicales habituelles ».

A l'issue de la consultation, Mr C. nous dit qu'il aimerait reprendre la natation et aller à la piscine, en attendant de rejoindre sa femme sur son lieu de travail pour rentrer ensemble au domicile. Il veut essayer de marcher plus, et en profiter pour se balader avec sa famille en forêt, ou se rendre aux transports en commun à pied et laisser la voiture dans le garage.

Mr C. semble savoir ce qu'il veut faire et dans quel cadre. Nous le soutenons dans ce sens, et n'avons rien à ajouter. Le choix de la natation nous semble favorable compte-tenu des douleurs occasionnelles qu'il peut ressentir. Mr C. fixera avec le médecin cardiologue des objectifs d'activités physiques.

Nous le reverrons ensuite lors du SOAP 0 (1 mois après). Toujours souriant, il nous raconte ses longues balades en forêt, nous explique que finalement il s'est mis au vélo d'appartement plutôt qu'à la natation, car « il attend les beaux jours. Avec l'hiver et le froid, il n'a pas envie d'aller à la piscine ».

---

<sup>106</sup> La « maison-visage » est une configuration particulière observée dans le dessin de la maison. Elle a notamment été décrite par Anne GATECEL. Cf note de bas de page 77, p. 57  
Cf CLINIQUE 2.3. Tests réalisés lors du premier entretien.



Il se rend aux transports en commun à pied, et nous raconte que c'est devenu un temps privilégié qui fait office de « sas de décompression » avant d'aller au travail ou lorsqu'il en repart. Cela « lui enlève du stress », et depuis la journée HDJ AP précédente, il éprouve moins le besoin de manger en fonction des moments où « il est stressé ». Il nous explique qu'il garde un bon souvenir de cette journée, et que cela « lui a donné l'impulsion pour repartir ».

*Suite à cet exemple clinique, nous pouvons constater que la journée HDJ AP a apporté à Mr C. l'essentiel de ce dont il avait besoin. C'est-à-dire un cadre et des personnes l'aidant et l'accompagnant à mettre en place son projet.*

*Mr C. ne semble pas présenter de troubles psychomoteurs majeurs ou spécifiques. Il semble bien installé dans sa vie, tant professionnelle, que personnelle, conjugale ou familiale. Il ne semble pas être en conflit dans son rapport au corps, et ne semble pas avoir de perception discordante de lui-même. Il semble s'accepter tel qu'il est et être plutôt à l'aise dans la relation à l'autre et à son environnement. Un accompagnement en psychomotricité ne semble pas présenter d'intérêt particulier.*

#### ∴ Conclusion

Ainsi, nous pouvons constater que toutes les personnes souffrant d'obésité ne présentent pas obligatoirement des troubles psychomoteurs nécessitant un accompagnement ou une thérapie psychomotrice. La psychomotricité n'est pas toujours nécessaire pour aider les personnes obèses vers une remobilisation corporelle afin d'accéder ultérieurement à une activité physique.

### 1.2. Quand la psychomotricité a toute sa place

#### **∴ CAS CLINIQUE : Mr B. et le corps sans repères**

Mr B. a 26 ans. Lorsque nous le rencontrons, il pèse 116 kg pour 1,87 m. Son IMC est de 33,17 kg/m<sup>2</sup> avec un pourcentage de MG de 33%.

Il est orienté à la journée HDJ AP car il souhaite connaître des AP qu'il pourrait faire. Il en pratique déjà de manière régulière et conséquente, à raison de 2 séances d'aquagym de 45min/semaine, et 3 séances de cardio-respiratoire d'1h à 1h30/semaine (marche et vélo en salle de gym). Mais il trouve cela ennuyeux et peine à maintenir cette cadence d'AP initiée il y a un an et demi. Pour lui, l'AP et le sport sont synonymes

d'essoufflement, de performance, de souffrance et d'amaigrissement. Pour mieux comprendre la situation, revenons à ses antécédents.

Mr. B. souffre d'une obésité constitutionnelle. Enfant, il était en surpoids. Il n'a jamais fait de régime. A l'âge de 19 ans, il pesait 90 kg et son IMC était de 25,74 kg/m<sup>2</sup>. Suite à des difficultés psychologiques et socioprofessionnelles, il a entamé une prise de poids ascendante. A 21 ans, il pèse 120 kg (IMC à 34,32 kg/m<sup>2</sup>) et continue sur une dynamique de prise de 10 kg/an jusqu'à atteindre son poids maximum à l'âge de 24 ans. Il pèse alors 165 kg pour un IMC à 47,18 kg/m<sup>2</sup> avec un pourcentage de MG de 44,5%.

Il développe une obésité massive avec un tablier abdominal<sup>107</sup>.

A ce moment-là, il prend rendez-vous dans le service nutrition de l'hôpital afin d'envisager une prise en charge. Le médecin nutritionniste (qui deviendra son référent) lui prescrit un bilan clinique. Celui-ci met en évidence une obésité de classe 3, accompagnée de douleurs ostéo-articulaires aux genoux (gonarthroses), une dyspnée<sup>108</sup> d'effort et fait suspecter un éventuel SAS<sup>109</sup>.

Au niveau du mode de vie, Mr. B. vit seul et travaille (comptable). Il habite en appartement, dans le même immeuble que ses parents. Il a un frère et une sœur.

Sur le plan alimentaire, il est hyperphage avec tachyphagie<sup>110</sup>, dit grignoter surtout le soir et le week-end pour « s'occuper alors qu'il n'a pas faim » et dit manger par accès compulsifs « pour oublier ». Les accès compulsifs se portent sur des aliments gras et sucrés.

Sur le plan psychologique, le médecin note un syndrome dépressif non traité ni suivi. Une asthénie et un ralentissement psychomoteur sont notés. Il exprime la demande d'une aide psychologique.

Enfin, sur le plan de l'activité physique, le patient semble se trouver dans un comportement sédentaire. Il marche 10 min par jour pour se rendre et revenir du travail, mais reste ensuite assis toute la journée au travail ou chez lui (ordinateur, jeux vidéo ou télévision).

A l'issue de ces observations, un suivi diététique est mis en place, et les coordonnées d'une psychologue lui sont transmises. Enfin, le médecin sensibilise le patient sur l'importance de mettre en place et réaliser une AP régulière. Les enjeux

---

<sup>107</sup> Le tablier abdominal s'observe lorsqu'un excédent de peau et de tissu adipeux, situés dans le bas-ventre, recouvrent le pubis.

<sup>108</sup> La dyspnée est une difficulté respiratoire. Dans le cas présent, la difficulté respiratoire a lieu lors de l'effort.

<sup>109</sup> SAS : syndrome d'apnée du sommeil. Cf THEORIE 1.3.2. Les conséquences médicales de l'obésité, complications respiratoires.

<sup>110</sup> La tachyphagie désigne une prise alimentaire réalisée très rapidement.

médicaux sont préventifs et consistent à lutter contre le comportement sédentaire installé, facteur de risque majeur de la survenue de comorbidités. Le médecin souhaite limiter l'apparition de conséquences médicales supplémentaires, mineures pour le moment. Le médecin lui transmet les coordonnées d'un club d'aquagym réalisant des cours adaptés et réservés aux personnes obèses.

Suite à cela, Mr. B va envisager une coupure socioprofessionnelle. Il ne cherche pas de nouveau travail suite au terme de son contrat qui arrive à échéance moins d'un an après. Il souhaite prendre une année sabbatique et utiliser ce temps pour se consacrer exclusivement à la mise en place d'une meilleure hygiène de vie sur les plans diététiques et physiques.

Son objectif est d'atteindre le poids de 100 à 110 kg. Il met en place un double programme d'AP avec le cardio-respiratoire en salle de gym et les cours d'aquagym (décrit en début d'anamnèse).

Un an et demi après, il a perdu 50 kg (l'amenant à son poids actuel de 116 kg) et son pourcentage de masse a chuté de 11,5%. Mais lors de sa dernière consultation avec ce médecin nutritionniste, il exprime son désir d'aller vers d'autres AP. Il voudrait aussi connaître ses limites cardio-respiratoires afin de savoir dans quel cadre et sous quelles conditions il peut envisager la pratique d'AP nouvelles et différentes. Son médecin lui prescrit alors la journée à l'HDJ AP. Nous rencontrons donc Mr B.

La consultation avec le médecin cardiologue ne met en évidence aucun problème cardio-respiratoire limitant la reprise d'une nouvelle AP : Mr. B. peut envisager d'aller vers n'importe quelle AP de son choix. Nous réalisons ensuite la consultation en psychomotricité. Nous ne reprendrons que les éléments clés issus des résultats.

*(Cf ANNEXE XI : Résultats des tests psychomoteurs, dossier de Mr B.).*

**L'entretien psychomoteur** reprend l'anamnèse précédente. Mr. B. nous raconte son parcours. Il est toujours sans emploi, veut attendre d'arriver au poids désiré pour en rechercher un. Il passe ses journées « cloîtré » chez lui, devant la télévision ou l'ordinateur (jeux vidéo). Il sort uniquement pour pratiquer ses AP ou ses cours de coréen (1 fois/semaine).

Au niveau des relations sociales, il « n'a pas vraiment d'amis » car « il est timide et son poids est une barrière ». Il pense que « les autres ne peuvent pas l'accepter du fait de ce poids, et qu'il n'est pas suffisamment intéressant pour qu'on lui porte de l'intérêt ». Il nous raconte avoir pratiqué du basket en club, tous les week-ends, de l'enfance jusqu'au lycée. Il aimait le basket, tout autant pour ce sport que le temps passé avec

ses co-équipiers. Il a arrêté cette activité lors de sa phase de prise de poids massive, car « il se sentait trop énorme pour aller jouer et n'arrivait plus à suivre physiquement le rythme du jeu. Il ne se sentait plus faire parti de l'équipe ».

Nous ressentons une vive émotion de Mr. B. à l'évocation de ce fait. C'est le seul moment où il semblera expressif et sortira de son attitude renfermée. Le reste du temps, il parlera peu, sauf pour répondre à nos sollicitations.

Le rythme journalier en semaine et en week-end est le même, et ne semble pas présenter de dysfonctionnement. En revanche, la temporalité de la journée pose question. Du levé au coucher, Mr. B. reste assis devant un écran, pour « occuper » le temps et que « la journée passe ».

Concernant le sommeil, Mr. B. dit avoir du mal à s'endormir et pouvoir se réveiller la nuit, mais se rendort aussitôt.

A la question sur sa manière de vivre dans et avec son corps, il nous répond « qu'il s'est toujours senti énorme même quand ce n'était pas le cas, jusqu'au jour où il est vraiment devenu obèse sans s'en apercevoir. Cette vision d'être gros lui a pourri la vie depuis le lycée ».

Il n'a pas concrétisé la démarche de suivi psychologique, car au téléphone, la voix de la personne du CMP contacté l'a « refroidi ».

Le questionnaire « **Est-ce que j'habite mon corps ?** » met en évidence des difficultés dans les items image de soi, émotion, relation à autrui et présence, et un résultat global pour lequel la corporéité mérite d'être prise en compte.

Sur la **silhouette d'homme**, il indique des zones douloureuses physiquement au niveau des genoux et chevilles, et des zones douloureuses moralement « du fait de l'obésité » correspondant à la zone abdominale (« le ventre qui tombe »), au visage (« le double-triple menton »), aux fesses et aux cuisses. Ces zones représentent les zones qu'il n'aime pas.

Quant aux zones appréciées ou tolérées, il nous dit que « ça va être dur d'en trouver... les bras peut-être... qu'il ne voit pas franchement ».

Lorsque nous l'interrogeons sur sa perte de poids massive et sa manière de l'avoir vécue, il nous répond qu'il se supporte un peu mieux, mais qu'il a encore du mal à réaliser. Moralement, ça va mieux, cette vision d'horreur de lui diminue et il commence à mieux s'accepter ».

Le **dessin du bonhomme dans la maison** est réalisé dans un coin de la feuille, en tout petit et de manière très simple, sans détails. Le bonhomme n'est pas représenté à une ouverture (porte ou fenêtre) mais dans le mur (volontairement ou à cause de la

petitesse du dessin qui empêche tout détail ?). Est-ce sa vision de lui-même ? En retrait et tout petit par rapport à l'espace environnant ?

Le **dessin des trois personnes** montre des personnes de corpulence normale pour les consignes de dessin d'une personne (N°1) et celui représentant la personne qu'il voudrait être idéalement (N°3). Il se représente (N°2) avec une obésité abdominale qui ne reflète pas la réalité. Mr. B. « se voit encore gros ». Il présente une distorsion entre la réalité de ce corps et la représentation mentale qu'il s'en fait.

Les **tests du bilan complémentaire** n'indiquent pas de difficultés particulières en termes de perception, de structuration et d'organisation temporo-spatiales. Les problématiques se révèlent plus en terme d'organisation du corps dans l'espace et le temps, ainsi qu'en terme de perception et de représentation du corps propre.

La **physiologie de la marche** montre un excès de pronation au niveau des pieds et un écartement des jambes faisant qu'elles ne se situent plus dans l'axe physiologique. La **posture** de Mr. B. nous fait penser à une posture en affinité spatiale à la fois postérieure et en densification, avec une tension des chaînes musculaires antéro-médiane (AM) et antéro-latérale (AL) : Mr. B. est enroulé et replié sur lui-même, regard toujours dirigé vers le sol.

Lors de l'**EMG**, Mr. B réalise les figures avec un écartement des bras et des mains, comme s'il avait encore un volume abdominal et thoracique l'empêchant de pouvoir les rapprocher. Il semble se comporter comme s'il était encore gros, sans notion de repères corporels propres.

Le **test du rythme** montre un tempo spontané ni lent, ni rapide. En revanche, Mr. B. ne parvient pas à ajuster sa marche à sa frappe. La première frappe est coordonnée, puis la dé-coordination frappe/marche s'installe jusqu'à ce que frappe et marche soient complètement dé-coordonnées. Haut et bas du corps semblent dissociés, sans avoir la capacité à se (re)coordonner grâce à la proprioception et aux sensations kinesthésiques.

D'un point de vue médical, Mr. B. a effectivement pris en main son obésité et a amélioré sa santé. Il a pris des mesures diététiques et physiques dont la perte de poids massive représente le résultat. Mais est-ce qu'il va mieux ? Est-ce qu'il va bien ?

Les résultats issus de la consultation psychomotrice ainsi que de l'observation subjective de Mr. B. réalisée au cours de la journée (en dehors des périodes d'entretien) ne semblent pas indiquer que les problématiques liées à l'obésité aient disparues avec la perte de poids et la reprise d'activité physique.

Nous avons rencontré un patient en retrait relationnel et social qui semble installé dans un syndrome dépressif. Il semble introverti et peu dans le dialogue. Il se dévalorise et manque de confiance et d'affirmation de soi. Il a une image très négative et dépréciée de lui-même. Nous ne pouvons pas savoir quel était le rapport au corps de Mr. B. avant cette fluctuation massive de poids (prise puis perte), mais nous avons pu constater que Mr. B. vit avec un corps qu'il ne perçoit pas et dont il n'apprécie ni les limites ni le volume. Il semble se sentir tout petit, entravé dans un corps de gros, d'ancien gros. Il semble coupé de son corps (absence de coordination haut/bas), avec une impossibilité à le percevoir et à se le représenter pour pouvoir le vivre. Il semble présenter une dissociation psychomotrice<sup>111</sup>, avec un corps qu'il « bouge » mais qu'il ne ressent et n'habite pas. Il semble se déplacer avec un corps « coquille » à la fois trop encombrant extérieurement mais vide intérieurement.

Ainsi, Mr. B. semble présenter des troubles de l'image du corps, de l'image de soi et de vécu de sa corporéité. Il semble avoir des problématiques sérieuses de perception du corps propre et d'organisation du corps dans l'espace, le temps, la relation à l'autre et l'ouverture au monde.

Nous retrouvons donc des problématiques psychocorporelles diverses, intriquées les unes aux autres et en rapport avec son histoire de vie.

*Une prise en charge en psychomotricité semble explicitement recommandée pour permettre à Mr. B. de percevoir, investir et se représenter son corps. Il doit bénéficier d'une approche autour de la sensorialité qui lui permettra d'accéder à des éprouvés corporels et émotionnels. Avec un vécu corporel et une corporéité (re)trouvée, un corps unifié, il sera à la fois plus et mieux présent à lui-même. Il pourra alors s'ouvrir à son environnement et à la relation aux autres.*

*Un accompagnement psychologique pourra être initié en parallèle ou ultérieurement, lorsque Mr. B. aura accédé à un éprouvé et un vécu corporels suffisants pour les verbaliser dans le cadre d'une psychothérapie.*

## ∴ Conclusion

Comme nous venons de le remarquer avec l'exemple clinique de Mr B., l'activité physique associée à des mesures diététiques peut résoudre le problème du poids de la personne. Mais cette AP ne règle pas les problématiques psychocorporelles sous-

---

<sup>111</sup> Nous parlons ici de la dissociation psychomotrice d'après P. DALARUN. Cf explication dernier paragraphe p. 61, lors de la présentation générale des résultats.

jacentes à l'obésité, souvent inscrites profondément. Donner une consistance, un volume psychique et une intériorité semble indispensable pour permettre à la personne obèse d'intégrer ses repères corporels. Elle pourra être présente à elle-même et vivre sa corporéité, pré-requis indispensable pour initier des changements profonds qui lui permettront d'évoluer dans son rapport à elle-même, aux autres et à son environnement.

Si la personne habite et réhabilite son corps, une perte de poids pourra éventuellement survenir, car elle sera plus à l'écoute d'elle-même et de ses justes besoins. L'AP pourra alors trouver sa place pour aider la personne à conserver ces nouveaux repères corporels acquis, lui permettre d'éprouver et de ressentir un bien-être psychocorporel, ou encore l'aider dans une stabilisation pondérale sur le long terme, si une perte de poids s'est réalisée. Mais rechercher cette perte de poids en première intention revient à agir sur les conséquences de l'obésité, sans résoudre la problématique de fond ayant entraîné la personne à atteindre ses limites corporelles de manière visible « physiquement ». Agir uniquement sur la partie « visible » de la problématique de l'obésité (approche thermodynamique) semble voué à l'échec sur le long terme.

### 1.3. La psychomotricité dans la prise en charge de la douleur

#### *∴ CAS CLINIQUE : Mme L. et le corps douloureux*

Mme L. a 36 ans. Elle est dans un projet de chirurgie bariatrique pour perdre du poids. Elle mesure 1,67 m pour 165 kg, ce qui amène son IMC à 59,2 kg/m<sup>2</sup> pour un pourcentage de MG de 51,5%. Elle souffre d'une obésité constitutionnelle.

A l'âge de 20 ans, elle pesait 90 kg. L'ascendance pondérale s'explique par deux grossesses successives où la prise de poids n'a pas été reperdue, mais aussi par un contexte de vie et une histoire douloureuse sur fond de violences familiales et de carences affectives. A cela s'ajoute des régimes commencés dès l'âge de 5 ans, des cures à l'adolescence et des prises médicamenteuses pour maigrir. Sans succès. Mme L. a longtemps souffert de nombreux TCA, mais sa vie familiale actuelle lui a permis de se poser, et ces TCA<sup>112</sup> ont disparu.

---

<sup>112</sup> TCA : troubles du comportement alimentaire. Cf THEORIE 3.1. Les troubles du comportement alimentaire

Actuellement, elle vit avec sa compagne et ses deux filles de 7 et 10 ans (Mme L. est séparée de son mari avec qui elle a eu ses enfants).

Après un poids maximal de 170 kg atteint il y trois ans, Mme L. est en phase stable depuis un an et demi. Elle souhaitait alors renouveler une démarche de perte de poids, pour deux raisons : avoir une meilleure image d'elle-même, mais aussi pouvoir accéder à la chirurgie lui permettant de soulager sa hernie discale. Mme L. souffre aussi de douleurs dorsales plus ponctuelles dues à une scoliose, mais le facteur limitant reste la hernie discale. Malgré les nombreux traitements essayés, elle ne supporte plus la douleur (les antalgiques ne font plus effet).

Cette douleur impacte sa vie familiale et socioprofessionnelle. Factrice, elle a été contrainte de se retrouver en congé maladie à cause de celle-ci. Cette indisponibilité de santé dure depuis maintenant trois ans et Mme L. souhaite simplement ne plus souffrir et retrouver une vie normale. Mais l'opération visant à soulager la hernie discale a été refusée en raison de son poids et des risques opératoires encourus. Elle s'est alors tournée vers un suivi nutritionnel et diététique qu'elle réalise durant un an. Nouvel échec. Mme L. se retrouve donc dans une impasse. Elle envisage alors la chirurgie bariatrique, un peu comme un dernier espoir. Mais pour réaliser cette chirurgie, l'une des conditions nécessaires est la reprise d'une AP plus régulière afin d'obtenir une répartition masse grasse/masse maigre plus favorable. Or Mme L. éprouve beaucoup de difficultés à bouger à cause de la douleur lombaire. Un essai de séance de kinésithérapie dans l'eau n'a pas soulagé les douleurs (dorsales et lombaires), qui étaient de plus majorées pendant la prise en charge.

Un jour, elle a vu un reportage télévisuel parlant de cette journée HDJ AP, et elle a demandé à son médecin hospitalier référent de pouvoir y participer. Celui-ci nous l'a adressée.

Nous rencontrons Mme L. dans ce contexte. Etant donné la situation et les douleurs présentes, nous nous en tenons à l'entretien et ne réalisons pas le bilan complet. Cet entretien s'avère périlleux, et nous constatons déjà la gêne occasionnée par la hernie discale. Assise sur la chaise, Mme L. ne trouve aucune position confortable sur le long terme.

Elle nous raconte son parcours et son histoire (décrits précédemment). Nous laissons l'entretien s'orienter différemment, pour être réceptives à ce qu'elle nous dit spontanément. Ce qui ressort est l'impact de la douleur due à la hernie discale sur sa qualité de vie. Cette douleur prend toute la place dans le quotidien, l'empêche de



travailler et la limite dans son rôle de mère. Sa compagne la soutient dans cette épreuve. Avant l'apparition de la hernie discale, Mme L. réalisait de nombreuses activités physiques : activités sportives à l'école, basket et tennis à l'adolescence, puis natation et marche à l'âge adulte. Elle aimait aller à la piscine avec ses filles et faire de longues promenades avec sa compagne.

Désormais, elle souhaite que nous l'aidions à trouver une « AP adaptée à sa santé ». Suite à cet entretien, nous réalisons quelques tests.

*(Cf ANNEXE XII : Résultats des tests psychomoteurs, dossier de Mme L.).*

Le questionnaire « Est-ce que j'habite mon corps ? » ne met pas en évidence une corporéité nécessitant une prise en charge. Cependant, les items « les plus pauvres » (score de 2 sur 4) sont ceux sur le schéma corporel, l'image de soi, les émotions, la relation à autrui et la présence.

La silhouette de femme indique les zones douloureuses qu'elle définit de « ponctuelles » dans le haut du dos (dues à la scoliose). Elle indique aussi la zone lombaire de la hernie discale « la paralysant dans le quotidien ».

Les zones négatives ne sont pas indiquées, car elle nous explique que c'est « tout son corps qu'elle n'aime pas », mis à part les yeux, les bras et les mains, qu'elle entourera lorsque l'on abordera les zones tolérées ou appréciées.

Quand nous lui demandons comment elle vit dans et avec son corps, elle nous racontera cette histoire : « l'été dernier, je suis tombée nez à nez sur un miroir en sortant de la douche. Ce fut un choc pour moi, et j'ai pleuré en voyant mon visage ». Elle nous expliquera ensuite toute la remise en question que cela a généré chez elle, et notamment sa « capacité à être aimée par sa compagne ».

Le dessin du bonhomme dans la maison est réalisé avec la notion de perspective. Nous notons le dessin en « maison-visage<sup>113</sup> », mais la personne est réalisée à une ouverture. A ma question « que pourrait faire cette personne ? », Mme L. me répond « elle ouvre la porte à quelqu'un qu'elle attend ». Peut-on y voir une demande d'aide ? L'attente de la personne qui l'aidera à soulager ses douleurs ?

Le dessin des trois personnes est effectué avec amusement. Mme L. se prend au jeu et réalise un dessin assez riche et expressif, avec détails et couleurs.

Pour la personne « telle qu'elle se voit », elle nous dit que c'est mal dessiné, mais qu'elle a voulu faire une personne plus grosse que la première (dessin d'une personne). Elle ne dessinera pas la troisième personne (« comment aimeriez-vous être

---

<sup>113</sup> La « maison-visage » est une configuration particulière observée dans le dessin de la maison. Elle a notamment été décrite par Anne GATECEL. Cf note de bas de page 77, p. 57  
Cf CLINIQUE 2.3. Tests réalisés lors du premier entretien.

idéalement ? »). Elle nous explique qu'elle referait le même que le premier, ou que le deuxième (« dessinez-vous tel que vous vous voyez ou vous percevez »), mais plus « mince ». Elle veut changer « dans son corps, mais pas dans sa tête ».

Aurait-elle peur de changer ou de perdre son identité avec la perte de poids ? (crainte souvent retrouvée chez de nombreux patients).

Suite à l'entretien et les tests réalisés, nous comprenons que Mme L. semble avoir une faible estime d'elle-même et de sa valeur personnelle. Elle semble ne pas avoir de troubles majeurs du schéma corporel et de la perception de soi, mais semble plutôt avoir des difficultés avec son image du corps et son image de soi. Elle rejette fermement son corps, tant pour sa corpulence que pour la douleur qui y siège.

Le dégoût de ce corps semble être l'une des raisons pour lesquelles Mme L. se coupe de la relation à l'autre. Au-delà de la fragilité des assises narcissiques, nous pouvons peut-être voir un problème de construction ou de fragilité identitaire (peur de la perte d'identité si la perte de poids advient), qu'il serait intéressant de travailler en co-thérapie psychomotricité-psychothérapie.

Mais ce que nous pouvons aussi observer de manière flagrante, c'est l'impact multiple et considérable que génère la douleur sur sa vie quotidienne. Cette douleur l'entrave dans son autonomie personnelle, l'empêche de vivre sa vie de famille et d'assumer son rôle de mère comme elle le voudrait. Cette douleur la désocialise, en la privant de son activité professionnelle, mais aussi en la limitant dans ses sorties ou activités diverses

*Il semble incontestable que Mme L. n'est pas en mesure de reprendre une activité physique régulière pour le moment. Avant, elle avait une vie relativement active. Mais la douleur prend une telle place et depuis tant de temps, qu'elle semble être devenue le référentiel de sa vie. Or le corps médical l'incite à la reprise d'une AP pour accéder plus favorablement à une perte de poids, condition nécessaire à la réalisation de l'opération qui la soulagerait des douleurs. Cette situation semble tourner en rond sans possibilité de résolution : par où prendre le problème ?*

*La psychomotricité ne résoudra pas l'origine de la douleur, mais elle peut accompagner Mme L. face à celle-ci. Diverses techniques pourraient être utilisées, telles que le toucher thérapeutique, la relaxation ou les enveloppements chauds et secs. L'objectif prioritaire serait d'amener Mme L. à pouvoir se décentrer de cette douleur pour qu'elle puisse la ressentir moins intensément. Nous chercherions aussi à faire ressentir à Mme L. les zones non douloureuses de son corps, pour que ce corps n'existe pas exclusivement en tant que corps-douleur. Les techniques citées*

*précédemment permettraient d'accompagner Mme L. en l'étayant face à la douleur, avec une contenance et une maintenance. Sur le long terme, certaines techniques pourraient être utilisées de manière autonome par Mme L., qui pourrait y recourir lorsque la douleur se ferait trop intensément ressentir.*

*Mais prendre en charge cette douleur semble aussi important pour éviter l'apparition de conséquences secondaires. La chronicisation de la douleur entraîne un risque majeur que Mme L. finisse par désinvestir son corps. Ce désinvestissement pourra être partiel, dirigé vers les zones non douloureuses, au profit d'une attention exclusive portée sur les zones douloureuses. Mme L. aura alors une vision altérée de son corps qui n'existera que par un corps-douleur. Ce processus peut la conduire vers un repli sur soi et l'entrée dans un syndrome dépressif. Le désinvestissement pourra aussi être total, impliquant la coupure d'un corps occasionnant trop de souffrances physiques et psychiques. Cela peut aboutir à une perte de conscience du corps propre et des repères corporels, tant du point de vue du schéma corporel que de l'image du corps et du vécu de la corporéité.*

*Nous avons pu le constater, Mme L. semble aussi avoir des difficultés dans l'image qu'elle a d'elle-même et de son corps, ce qui porte à conséquence sur la sphère relationnelle. L'accompagnement cité précédemment pourra certainement influencer sur ces points, mais nous pouvons par la suite envisager une évolution de la prise en charge. Une thérapie psychomotrice plus spécifique et approfondie pourra permettre à Mme L. d'évoluer dans le rapport entretenu avec son corps et l'image qu'elle a d'elle-même.*

#### ∴ Conclusion

Comme nous venons de le constater, la douleur peut avoir de nombreuses répercussions pour la personne obèse. Elle s'avère assez paralysante pour la personne, et peut devenir une entrave dans sa mobilité, son rythme de vie quotidienne, sa vie familiale, professionnelle et sociale. La personne n'est plus actrice de sa vie qui devient rythmée par la douleur.

Outre les facteurs physiques de limitation de l'autonomie ou des possibilités de la personne, cela entraîne souvent des répercussions psychologiques à prendre en compte. Reprendre une activité physique semble aller à l'encontre des besoins corporels immédiats de la personne obèse. La stabilisation de son état douloureux doit être la préoccupation première. La (re)prise d'une activité physique ne pourra advenir qu'en aval, lorsque la personne sera plus stable et apaisée vis-à-vis de la douleur.

La psychomotricité semble représenter une indication plus que pertinente dans l'accompagnement de la personne obèse douloureuse.

## 2. PERTINENCE DE LA CONSULTATION PSYCHOMOTRICE A L'HDJ AP

### 2.1. Définition de la thérapie psychomotrice

Selon Jean-Claude Carric, la thérapie psychomotrice se définit ainsi : « Partant du versant et corporel d'accès plus aisé, elle se propose d'agir sur le psychisme afin de permettre au sujet une meilleure faculté d'adaptation : la personnalité de celui-ci s'affirme et s'adapte d'autant plus facilement qu'il connaît mieux son corps, l'accepte plus volontiers et peut ainsi mieux saisir le milieu qui l'entoure et y répondre de façon plus adéquate<sup>114</sup> ».

Ainsi, la psychomotricité permet d'appréhender la personne d'un point de vue global pour la comprendre dans ses besoins corporels en lien avec le psychisme. En lui permettant de renouer avec elle-même, la personne sera en capacité de (re)trouver une autonomie psychocorporelle. Elle sera disponible pour s'ouvrir à la relation à l'autre et à son environnement.

### 2.2. Fonction de la consultation psychomotrice à l'HDJ AP

La consultation psychomotrice à l'HDJ AP ne permet pas un suivi thérapeutique des patients. Notre action va remplir deux fonctions principales, à savoir l'évaluation et le dépistage, puis l'orientation des patients.

Dans un premier temps, l'évaluation et le dépistage vont permettre de comprendre le patient dans sa globalité, tant dans ses problématiques que ses possibilités. Il s'agit d'un rôle d'expertise afin de déterminer si la personne a besoin d'un suivi thérapeutique en psychomotricité et pour quelles raisons.

Nous sommes également attentives aux autres besoins spécifiques de la personne. Nous pouvons déterminer une souffrance psychologique nécessitant un accompagnement en psychothérapie verbale (lorsque les capacités d'élaboration et de verbalisation du patient seront suffisantes) ou encore prendre en compte des difficultés relationnelles et sociales, etc.

---

<sup>114</sup> CARRIC J-C., 1994.

Suite à cela, nous entrons dans un rôle d'**orientation** du patient. Nous abordons avec le médecin cardiologue l'éventuelle nécessité d'une prescription de séances de psychomotricité. Notre rôle est aussi d'associer notre regard clinique du patient avec celui du médecin. Ensemble, nous essayons de répondre le plus adéquatement possible à l'objectif de cette journée HDJ AP, à savoir la (re)prise d'une activité physique par le patient.

Nous pouvons aider le médecin dans le choix d'une activité physique la plus adaptée aux besoins du patient, comme par exemple :

- Proprioception, prise de conscience du corps propre et de soi : gym douce, étirements, aquagym, etc.
- Perception et ressentis corporels en relation avec les informations sensorielles environnantes, respiration et conscience corporelle : tai-chi, qi-gong, yoga, etc.
- Ouverture relationnelle à l'autre : activités en groupe, sorties avec des associations, danse africaine, danses de salon, etc.
- Douleurs, mobilité corporelle réduite, besoin de contenance : activités aquatiques adaptées, aquagym, natation, kinésithérapie dans l'eau dans des cas particuliers, activités adaptées aux personnes obèses (en salle).
- Appréhension du regard de l'autre, difficultés relationnelles importantes : activités adaptées avec des horaires ou des groupes spécifiques pour les personnes obèses.

Notons que les objectifs médicaux en termes d'activités physiques ne correspondent pas toujours avec notre lecture psychomotrice de la personne. Parfois, ce qui prime plus que l'activité physique, c'est la nécessité d'une resocialisation et la sortie d'une situation d'isolement.

Il nous est régulièrement arrivé d'orienter le patient vers des associations réalisant des groupes de paroles sur des sujets concernant les personnes obèses (stigmatisation, relation au corps, obésité et féminité, etc). Nous pouvons aussi leur donner les coordonnées d'associations réalisant des sorties diverses entre personnes obèses. Ces démarches peuvent aider à ne pas se sentir seul face à ses problématiques et pouvoir les partager, ou tout simplement bénéficier de l'expérience des autres.

### 3. LES DIFFICULTES RENCONTREES DURANT CE STAGE

#### 3.1. De la nécessité de la psychomotricité à l'adaptation au contexte réel

Comme nous venons de le voir, la consultation en psychomotricité permet de réaliser une évaluation et un dépistage pour ensuite orienter le patient de manière adéquate.

En théorie, si un patient a besoin de bénéficier d'une approche psychomotrice, il peut repartir avec une prescription de séances de psychomotricité. Mais la réalité est autre.

Nous avons régulièrement rencontré des patients pour qui une prise en charge en psychomotricité serait bénéfique et adéquate. Or il n'y a pas de psychomotricien dans le service (et aucune possibilité de création de poste), donc une prise en charge thérapeutique ne peut pas s'effectuer dans le cadre hospitalier. Nous sommes donc obligées d'adresser les patients à des consultations extérieures (cabinets libéraux). Mais dans la quasi majorité des cas, les patients ne peuvent pas assumer le prix de ces consultations non remboursées. Ils ne peuvent donc pas accéder à ce soin dont ils auraient besoin.

Nous avons mis en place une orientation des patients vers certaines associations réalisant des groupes de paroles, des activités adaptées aux personnes obèses ou des sorties entre personnes souffrant de problèmes de poids. Mais cette action reste insuffisante et ne remplace pas une prise en charge et un suivi régulier.

Il serait intéressant de faire évoluer ce stage mettant en place des partenariats avec des réseaux de prises en charge et de prévention de l'obésité pour les adultes, comme cela existe en pédiatrie avec le réseaux REPOP<sup>115</sup>.

#### 3.2. Les limites de ce stage expérimental

Permettre à la psychomotricité d'être présente à l'HDJ AP semble bénéfique pour les patients. Cependant, nous avons rencontré certaines limites lors de ce stage.

---

<sup>115</sup> Le REPOP est un ensemble de réseaux de prise en charge et de prévention de l'obésité en pédiatrie. Ces réseaux regroupent des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, de santé scolaire et de protection maternelle et infantile autour de la prise en charge et de la prévention de l'obésité pédiatrique.  
<http://www.repop.fr/>

La psychomotricité vient s'inclure à la consultation médicale, dans une journée déjà bien chargée. Aucun temps spécifique n'était donc prévu pour elle, à la base. Nous voyons les patients en alternance avec le médecin, mais le temps de consultation psychomotrice reste insuffisant pour réaliser un entretien approfondi. De plus, nous n'avons pas pu faire passer les bilans plus complets à tous les patients, toujours par manque de temps. Nous avons dû « choisir » les patients pour qui, selon nous, il semblait nécessaire de réaliser une exploration plus précise du fonctionnement psychomoteur.

Après avoir réfléchi au problème avec ma binôme, nous n'avons pas trouvé de résolution possible de ce point. Nous restons donc limitées dans notre intervention.

## 4. PERSPECTIVES

### 4.1. Vers une collaboration pluridisciplinaire ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels de santé travaillant dans le service nutrition vont chacun aborder une des problématiques des personnes obèses. Cependant, chacun va intervenir en fonction de son champ de compétence :

- L'éducateur sportif abordera notamment le corps en mouvement ainsi que la reprise d'une activité physique adaptée aux possibilités et aux besoins de la personne.
- Les psychologues chercheront à comprendre la personne dans sa construction psychique et identitaire en lien avec son histoire. Elles pourront ainsi mieux appréhender les difficultés rencontrées par la personne dans son quotidien et dans sa relation à l'autre.
- Les diététiciennes s'occuperont de la relation à l'alimentation chez leurs patients.

Ces prises en charges respectives visent à aider le patient dans ses difficultés. Mais en intervenant de manière segmentaire, c'est seulement une partie de la problématique du patient qui est considérée, alors que les composantes psychologique, diététique et corporelle sont intriquées.

La psychomotricité, en prenant en compte la personne dans sa globalité, pourrait s'insérer comme une discipline transversale et viendrait créer du lien entre le

psychisme et le corps chez ces patients qui présentent souvent une dissociation psychomotrice<sup>116</sup>.

L'abord psychocorporel viendrait ainsi se placer au centre des ces différentes disciplines dans le but de rendre son autonomie au patient. Le psychomotricien travaillerait selon trois axes principaux de :

- La relation au corps (travaillé avec l'éducateur sportif)
- La relation à l'alimentation (pris en compte avec les diététiciennes)
- La relation à l'autre (abordée par les psychologues)

#### *4.1.1. Psychologie et psychomotricité*

En abordant la rencontre avec les différents professionnels du service, nous avons pu apercevoir un exemple de collaboration possible avec les psychologues.

Ce qui a été mis en place semble intéressant : échanger notre vision respective des patients en fonction de notre formation, avoir la possibilité de réaliser les groupes de paroles ensemble et mettre en place un atelier psychomoteur clôturant ces groupes.

Mais après avoir discuté avec elles, une collaboration moins ponctuelle (et donc plus présente sur le fond) pourrait être pertinente dans la prise en charge du patient.

Il serait bénéfique que chaque patient les rencontrant, ou venant dans le cadre d'une hospitalisation, puisse bénéficier d'une consultation psychomotrice.

Le psychomotricien pourrait ensuite évaluer la nécessité de réaliser un bilan plus approfondi, amenant éventuellement à envisager une prise en charge en psychomotricité.

Dans le cas où le patient bénéficierait d'une thérapie corporelle et verbale, l'intérêt d'une collaboration serait d'avoir un regard plus complet de lui, afin de l'accompagner de manière plus adéquate.

Le patient bénéficierait des deux approches de manière indépendante avec chaque professionnel, mais nous pourrions échanger sur son évolution dans chaque domaine.

Nous serions ainsi en mesure de mieux nous (ré)ajuster à ses besoins ou à des points spécifiques à aborder avec lui.

---

<sup>116</sup> Définition de la dissociation psychomotrice, Cf CLINIQUE 3.1. Présentation des résultats, Schéma corporel, image du corps, corporéité et image de soi.



#### 4.1.2. Intérêts d'une collaboration avec d'autres professionnels

Nous venons de voir les intérêts d'une collaboration avec les psychologues. Intéressons-nous maintenant aux deux domaines professionnels avec lesquels initier une collaboration présenterait également de nombreux intérêts.

∴ Les diététiciennes :

L'approche diététique vise à restaurer un équilibre alimentaire chez les personnes obèses. En fonction des besoins et des spécificités individuelles des patients, les diététiciennes réajustent les apports énergétiques et nutritionnels de chaque catégorie d'aliments (protéines, glucides, lipides).

Sauf recommandation médicale particulière (régime sans sel ou diabète par exemple), l'objectif n'est pas la prescription d'un régime restrictif mais plutôt un rééquilibrage alimentaire et une meilleure hygiène de vie. Elles visent ainsi l'amélioration de l'état de santé des patients par une meilleure régulation des repas. Mais l'un des objectifs reste avant tout la perte de poids consécutive à ce réajustement alimentaire.

Or il n'est pas facile de modifier et changer son comportement alimentaire. G. Apfeldorfer explique cela, en disant que « Même lorsque le sujet en accepte l'idée, modifier son corps et son comportement alimentaire ne sauraient se réduire à une question de nutrition. Un grand nombre d'individus, malgré leur bonne volonté, échouent à suivre les conseils prodigués, ou les suivent un temps puis reprennent les kilos perdus<sup>117</sup> ».

Les patients reçus dans le service nutrition ont souvent derrière eux un parcours important d'approches nutritionnelles, diététiques et de régimes divers. Mais par sa volonté de résoudre les désordres alimentaires et leurs conséquences somatiques, le corps médical adopte parfois une attitude paradoxale.

Michelle Le Barzic et Marianne Pouillon<sup>118</sup> expliquent cela : « La médicalisation à outrance des faits et gestes du mangeur suscite des attitudes paradoxales chez les médecins qui sont appelés à combattre des comportements de restriction alimentaire alors qu'ils les prescrivent par ailleurs dans le but de « prévenir » les facteurs de risques statistiques liés au poids<sup>119</sup> ».

---

<sup>117</sup> APFELDORFER G., 1991, p.260

<sup>118</sup> Michelle Le Barzic et Marianne Pouillon sont psychologues cliniciennes. Elles ont travaillé près de trente ans dans le service de Médecine et de Nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris.

<sup>119</sup> LE BARZIC M. et POUILLON M., 1998, p.264

Chez les patients, nous retrouvons souvent un rapport à l'alimentation qui s'est progressivement installé dans un fonctionnement cognitif, avec un contrôle alimentaire sur le mode de la restriction cognitive<sup>120</sup>. Certains patients peuvent aussi présenter d'autres troubles du comportement alimentaire<sup>121</sup>. Ces troubles peuvent être présents initialement ou s'être installés suite au dérèglement alimentaire survenu à l'issue des diverses tentatives de contrôle alimentaire pour perdre du poids. Ainsi, les patients ont souvent perdu les repères instinctifs du rapport à la nourriture. Ils ne sont plus dans une écoute sensorielle en terme de régulation de leurs besoins alimentaires.

Pour changer le rapport que la personne obèse entretient avec l'alimentation, il faut lui permettre de faire évoluer le rapport qu'elle entretient avec elle-même et son propre corps. Car manger est avant tout un acte sensorimoteur dont la régulation est sensorielle.

D'un point de vue général, faire émerger chez les patients une disponibilité à être à l'écoute de son corps et de ses sensations perçues passe par une approche psychomotrice. Et dans le cas où l'alimentation est en jeu, une collaboration entre les disciplines professionnelles concernées peut sembler opportune.

Créer des ateliers d'éducation thérapeutique au travers d'une collaboration diététique-psychomotricité permettrait d'aborder l'alimentation sous un autre angle. Il s'agirait d'instaurer un environnement de disponibilité sensorielle globale et ouvrir les personnes à leurs sensations alimentaires.

Ces ateliers mettraient les patients en contact avec les aliments dans un cadre particulier. Ils permettraient de leur faire déguster la nourriture, les initier à ressentir le goût, leur faire distinguer les différents types de saveurs<sup>122</sup>, les sensibiliser à la palatabilité des aliments et leur apprendre à ressentir le rassasiement gastrique et sensoriel.

Nous retrouvons cette démarche dans l'approche dite bio-psycho-sensorielle. Celle-ci privilégie un travail particulier sur le goût. Katherine Kuréta-Vanoli et Ulla Menneteau<sup>123</sup> expliquent que ce travail vise à faire émerger chez le patient sa capacité

---

<sup>120</sup> Cf THEORIE 3.3. La restriction cognitive

<sup>121</sup> Cf THEORIE 3.1. Les troubles du comportement alimentaire

<sup>122</sup> Il existe cinq saveurs alimentaires. Les quatre principales sont le sucré, le salé, l'acide, et l'amer. Une cinquième saveur a été reconnue plus récemment : l'umami. Emprunte du japonais, elle signifie « goût savoureux ». Cette saveur est provoquée par le goût des glutamates et des nucléotides.

<sup>123</sup> . Katherine KURETA-VANOLI et Ulla MENNETAU sont diététiciennes et nutritionnistes, responsables de formations pluridisciplinaires au sein du GROS. Elles sont spécialisées dans l'utilisation thérapeutique du goût en prévention et en traitement des problèmes de poids et des troubles du comportement alimentaire.

à respecter les besoins de son organisme sans les dépasser. Selon elles, « manger en prêtant attention au goût aide à connaître nos besoins avec plus de précision<sup>124</sup> ».

∴ L'éducateur sportif

Un éducateur sportif et enseignant en activités physiques adaptées est présent à mi-temps au sein du service nutrition. Son intervention auprès des patients vise à comprendre leur mode de vie pour les aider à mettre ou remettre du mouvement dans leur quotidien. Pour cela, il prend en compte l'état de santé du patient, ses possibilités, ses limites, mais aussi les obstacles potentiels qui pourraient l'empêcher de réaliser une activité physique.

Son objectif à long terme est de permettre aux personnes obèses de retrouver du plaisir à bouger, condition nécessaire pour envisager la pratique d'une activité physique régulière. Or seule la régularité peut aider les personnes obèses à stabiliser leur poids et à réduire les conséquences des comorbidités liées à leur maladie.

Pour cela, il a créé des partenariats avec des associations qui proposent des activités physiques adaptées aux personnes obèses et/ou des créneaux horaires qui leur sont réservés. Par exemple, la marche ou la randonnée sera proposée à un rythme adapté, le qi-gong ou le yoga se pratiqueront en position assise, l'aquagym avec un horaire réservé permettra de franchir le pas de la mise en maillot de bain et de l'appréhension du regard de l'autre.

Mais l'éducateur sportif s'est parfois retrouvé bloqué dans son travail lors de la rencontre de certains patients. La question de la mise en mouvement dans le quotidien ou de la pratique d'une activité physique n'étaient pas d'actualité. Il lui a semblé que d'autres professionnels pourraient aider plus justement ces personnes. Pour ces patients, il serait nécessaire de recourir, en amont, à d'autres médiations que l'activité physique. Une collaboration avec une étudiante en psychomotricité avait déjà été initiée, mais sans pouvoir être poursuivie pour des raisons logistiques.

Si cette première tentative se révéla infructueuse, il serait intéressant d'envisager une nouvelle collaboration de ce genre. La psychomotricité prendrait ici tout son sens, en complémentarité avec l'action de l'éducateur sportif.

Un accompagnement en psychomotricité s'inscrirait en amont de la reprise d'une activité physique. L'activité physique remet le corps en mouvement, mais un corps peut être en mouvement sans être dans la sensation. Or comment prendre du plaisir et avoir

---

<sup>124</sup> KURETA-VANOLI K. et MENNETEAU U., in ZERMATI J-P, APFELDORFER G, WAYSFELD B, 2010, p.168

envie de bouger un corps qui n'est ni ressenti, ni habité ? Nous avons pu envisager la réponse grâce à l'exemple clinique de Mr B.

En accompagnant le patient dans un (ré)investissement de son corps, la psychomotricité aiderait le patient à renouer avec lui-même et ses sensations, tout en tenant compte de sa particularité, de ses problématiques et de ses besoins. Avec un corps habité et réhabilité, la personne obèse serait à la fois plus disponible pour entreprendre une activité physique adaptée et ressentir du plaisir à la pratiquer.

#### 4.2. Vers une meilleure lecture psychomotrice de l'obésité

Ce stage expérimental nous a permis d'aller vers une meilleure compréhension de la personne obèse et des problématiques qu'elle peut rencontrer. Toutefois, il me semble important de préciser certains points.

Cette lecture observée tout au long du mémoire ne peut pas être généralisée à l'ensemble des personnes obèses. Les personnes rencontrées se trouvaient dans des obésités communes, sévères ou morbides<sup>125</sup>, mais elles avaient une capacité à mobiliser et bouger leur corps.

Or dans le cas de certaines obésités massives, ce n'est pas toujours possible. Nous pourrions donc nous attendre à rencontrer des problématiques différentes ou majorées de celles constatées dans notre cadre.

Par ailleurs, ma binôme et moi avons réalisé des entretiens et divers tests afin d'observer les problématiques rencontrées par les personnes obèses. Mais notre démarche s'est résumée à l'observation d'un fonctionnement psychocorporel de la personne obèse. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire avec un groupe test de personnes non obèses qui servirait de « référence ».

Nous pourrions observer les troubles psychomoteurs présents spécifiquement ou de manière plus importante chez la personne obèse, comparativement à la population générale. Car certaines problématiques rencontrées existent également chez tout un chacun. Cela permettrait d'affiner et spécifier plus qualitativement notre lecture psychomotrice de l'obésité.

---

<sup>125</sup> Cf THEORIE 1.1.1. Définition et prévalence.

# CONCLUSION

Dans la prise en charge de l'obésité, l'approche médicale cible une logique thermodynamique visant à une perte de poids, et donc une réduction de la masse grasse, pour diminuer les risques de comorbidités et améliorer l'état de santé des patients. Cette logique thermodynamique passe par des mesures diététiques, associées à la (re)prise d'une activité physique régulière, afin de diminuer une inactivité physique ou une sédentarité trop présente.

Effectivement, l'activité physique mobilise le corps, elle le met en mouvement. Mais un corps en mouvement n'est pas pour autant un corps en sensations, capable de recevoir et d'intégrer les données sensori-motrices, proprioceptives et kinesthésiques fournies par l'environnement. Or chez les personnes obèses que nous avons rencontrées, nous avons régulièrement observé une coupure corps-psyché, comme nous l'avons expliqué en abordant le concept de dissociation psychomotrice.

Dans un premier temps, il serait primordial d'amener à la personne obèse un vécu corporel, sensoriel et émotionnel lui permettant de vivre sa corporéité. A partir de cette base et de ce support, l'élaboration psychique en lien avec les éprouvés corporels et émotionnels deviendrait possible.

La collaboration avec des psychologues semblerait intéressante de ce point de vue. Ces professionnelles connaissent l'histoire de vie et le parcours du patient. La psychothérapie verbale pourrait devenir un temps privilégié, propice à la mise en lien de l'émergence de cette corporéité avec l'histoire souvent complexe du patient.

Ainsi, la personne pourrait progressivement apprendre à être de nouveau réceptive à son environnement, ce qui favoriserait son ouverture au monde et sa relation aux autres. Le corps ne serait plus un volume vide, replié sur lui-même et en manque d'intériorité. Il aurait une présence et une structure solide remplie d'expériences sensorielles et émotionnelles éprouvées et vécues, qui seraient à même d'être identifiées, élaborées et intégrées.

Ce n'est que dans un second temps que la démarche psychomotrice pourrait s'inscrire dans une (re)mise en mouvement du corps. Cette étape ne prendrait sens que si le corps a la possibilité d'être réceptif aux stimuli extérieurs, et la capacité à les recevoir pour les intérioriser. La personne obèse pourrait prendre du plaisir à bouger, à investir son environnement physique et à s'ouvrir à la relation à l'autre. Elle aurait tout simplement retrouvé une autonomie psychocorporelle.

A ce moment seulement, « bouger » ne s'interpréterait plus comme une obligation, visant principalement l'accès à la perte de poids tant désirée pour « expier » ce corps gros et répondre à l'attente du corps médical. Mais « bouger » offrirait avant tout la possibilité de vivre de nouvelles expériences et accéder à une unité psychocorporelle.

Alors j'en conviens, la psychomotricité ne répondrait pas directement à l'objectif médical et ne résoudrait pas l'obésité en terme de perte de poids. Mais elle permettrait à la personne d'être présente à elle-même et à son corps, de considérer son corps pour l'investir, l'habiter et le (ré)habiller. Si une perte de poids se produisait, cela serait secondaire et induit par une cohésion psychomotrice, ce qui implique un accueil et un respect de soi, une présence à soi mieux considérée et une écoute sensorielle plus juste. C'est à partir d'une sensorialité retrouvée que le comportement alimentaire pourrait éventuellement se voir modifié. De ce point de vue, une collaboration avec des diététiciennes serait bénéfique.

**« Une activité physique ? ... En suis-je capable ? »**

Selon moi, la réponse est oui. Mais dans des conditions adéquates et non uniquement avec l'objectif médical. Il semble inopportun et incohérent de vouloir prescrire de l'activité physique à une personne qui n'est pas encore réceptive à elle-même, à ses sensations, à ses émotions.

***Et si la psychomotricité pouvait aider la personne obèse dans la (re)mobilisation de son corps ?***

Après avoir réalisé ce stage expérimental et rencontré tous ces patients, après avoir échangé avec des professionnels aux pratiques différentes, après avoir lu de nombreux livres et assisté à plusieurs conférences sur ce sujet, après avoir écrit ce mémoire... Cela me semble plus qu'une évidence et j'en suis convaincue.

A travers ce mémoire, j'espère vous avoir démontré que la psychomotricité a toute sa place pour aider la personne obèse dans la (re)mobilisation de son corps. Et j'ajouterais qu'elle a toute sa place, de manière plus générale, dans l'accompagnement de la personne obèse et de son histoire.





# BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., (1985), Le Moi Peau, Paris, Dunod.

APFELDORFER G., (1991), Je mange, donc je suis : surpoids et troubles du comportement alimentaire, Paris, Payot et Rivages.

APFELDORFER G., (1994), Traité de l'alimentation et du corps, Paris, Flammarion

APFELDORFER G, WAYSFELD B et ZERMATI J-P., (2010), Traiter l'obésité et le surpoids, Paris, Odile Jacob.

BARRA F., (1996), Obésité et psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie PARIS VI, Institut de Formation en Psychomotricité, CANCHY-GIROMINI F. (réfèrent de mémoire).

BASDEVANT A., (2011), Traité médecine et chirurgie de l'obésité, Médecine Sciences Publications.

BENKEMOUN S., (2012), « Corps stigmatisé, corps nié », 10<sup>ème</sup> rencontres du GROS, « Paroles au corps : de l'excès à l'absence », Paris.

BERGER A., (1999), Place de la psychomotricité dans le traitement des obésités, Université Pierre et Marie Curie PARIS VI, Institut de Formation en Psychomotricité, DALARUN P. (réfèrent de mémoire).

BRUCH H., (1975), Les yeux et le ventre : l'obèse et l'anorexique, Paris, Bibliothèque Scientifique Payot.

CALAIS-GERMAIN B., (1989), Anatomie pour le mouvement, introduction à l'analyse des techniques corporelles, Paris, Edition Deslris.

CAHNMAN W.J., (1968), « The stigma of obesity », Sociological Quaterly, Volume 9, N° 3.

CARRIC J-C., (1994), Education, Rééducation et thérapies psychomotrices, Paris, Vernazodobres-Grego.

CASTEL E., (2010), Approche psychomotrice de la personne obèse, Expérience en HDJ «activités physiques», Université Pierre et Marie Curie PARIS VI, Institut de Formation en Psychomotricité, GATECEL A. (réfèrent de mémoire).

CHEKROUN P., (2012), « Les stéréotypes : comment ils se forment, comment ils nous gouvernent », 10<sup>ème</sup> rencontres du GROS, « Paroles au corps : de l'excès à l'absence », Paris.

DALARUN P., (2009), « Bouger pour habiter son corps », 60 millions de consommateurs, HS n° 142.

DE COLIGNY L., (2010), La psychomotricité à la rencontre de la chirurgie de l'obésité..., Université Pierre et Marie Curie-Paris PARIS VI, Institut de Formation en Psychomotricité, GATECEL A. et LOUVEL J-P. (référénts de mémoire).

EL'ADARI A., (2012), L'obèse et son corps, L'intérêt de la psychomotricité dans une unité fonctionnelle d'activités physiques, Université Pierre et Marie Curie-Paris PARIS VI, Institut de Formation en Psychomotricité, GATECEL A. (référénte de mémoire).

FRANCES A, ALLAN PINCUS H, B. FIRST M, *et al.*, (2003), DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé, Paris, Masson

FRICKER J., (1995), Obésité, Paris, Masson

GATECEL A., (2009), Psychosomatique relationnelle et psychomotricité, Paris, Heures de France.

GRANGEARD C., (2007), Obésités, Les poids des mots, les mots du poids, Paris, Calmann-Lévy.

GRANGEARD C., (2012), Comprendre l'obésité, Une question de personne, un problème de société, Paris, Albin Michel.

HERMAN C. P. et POLIVY J., (1975), « Restraint and eating behaviour », J. of Abnormal Psychology, Volume 84, N° 6.

HERMAN C. P. et POLIVY J., (1995), « Dieting and its relation to eating disorders » in *Eating Disorders and Obesity*, New York, K.D. BROWNELL & C.G. FAIRBURN, The Guilford Press.

LE BARZIC M. et POUILLON M., (1998), *La meilleure façon de manger, Les désarrois du mangeur moderne*, Odile Jacob.

LECERF J-M., (2001), *Poids et obésité*, Paris, John Libbey Eurotext

Le nouveau Petit Robert de la langue française, (2009), *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert.

LESAGE B., (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Edition érès.

MACHAUX-THOLLIEZ D., (2009), *Transformations physiques, transformations psychiques ?*, Approche psychopathologique de patientes obèses avant et après une chirurgie bariatrique, Université de Paris X-Nanterre, CUPA D. (directeur de thèse).

MOYANO O., (2002), *Le dessin d'une maison avec quelqu'un à l'intérieur*, *Thérapie Psychomotrice et Recherche*, N° 129

PHILIPPOT P. et al, (2002), *Le travail des émotions en thérapie comportementale et cognitive, Vers une thérapie expérientielle*, *Cahiers critiques de thérapie systémique*, N° 2, volume 29

SAMI-ALI M., (2010), *Corps réel, Corps imaginaire, Une épistémologie du somatique*, Paris, Dunod.

SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M., (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, Solal.

US Department of Health and Human Services, (1996), *Physical Activity and Health. A report of the surgeon general*, Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Diseasecontrol and Prevention and Health Promotion.

VAGUE J., (1947), La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité, Presse Médicale, N° 30

WAYSEFELD B., (2003), Le poids et le Moi, Paris, Armand Colin.

WINNICOTT D.W., (1958), De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot.

# SITOGRAFIE

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

<http://www.anses.fr>

→ Lien du rapport d'expertise collective, Edition Scientifique 2010, Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement

<http://www.anses.fr/Documents/NUT2009sa0099Ra.pdf>

Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (G.R.O.S)

<http://www.gros.fr>

Haute Autorité de Santé (HAS)

<http://www.has-sante.fr>

→ Lien de la recommandation de bonne pratique, 2011, Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premiers recours, recommandations pour la pratique clinique

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_30\\_obesite\\_adulte\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

<http://www.inserm.fr>

→ Lien utilisé pour les références médicales

<http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-2-dnid>

Ministère des affaires sociales et de la santé

<http://www.sante.gouv.fr>

→ Lien vers le plan obésité 2010-2013

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Obesite\\_2010\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<http://www.who.int/fr/>

→ Lien de l'article sur l'obésité et le surpoids

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>

ObEpi, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité

[http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete\\_obepi\\_2012/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete_obepi_2012/obepi_2012.pdf)

Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (REPOP)

<http://www.repop.fr/>



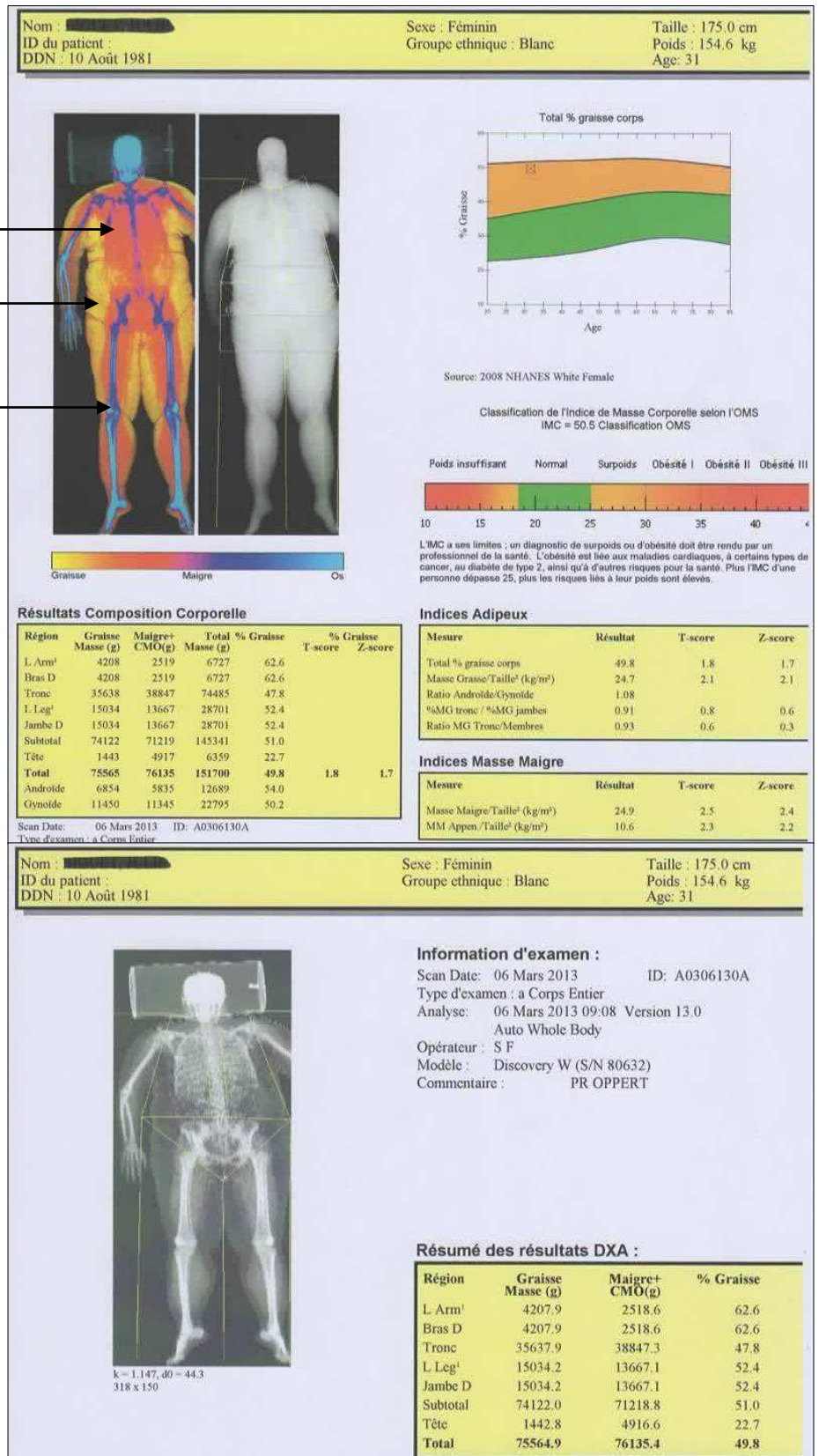
# ANNEXES

# ANNEXE I : EXEMPLE DE DEXA DANS LE CADRE D'UNE OBESITE MIXTE

**Masse maigre**  
(muscles squelettiques)

**Masse grasse**  
(tissu adipeux)

**Masse calcique**  
(squelette osseux)



## ANNEXE II : EXEMPLE DE REPARTITION DE LA MASSE GRASSE DANS LE CAS DES OBESITES ANDROÏDES ET GYNOÏDES

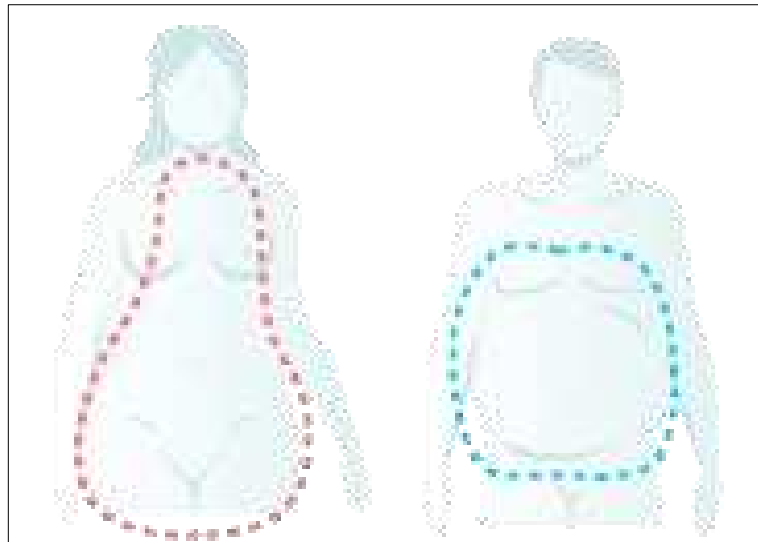


Illustration des obésités androïdes et gynoïdes

*L'obésité gynoïde, en forme de poire, s'observe plus généralement chez la femme.*

*L'obésité androïde, en forme de pomme, est préférentiellement retrouvée chez l'homme.*

*Cependant, aucune généralité ne peut être établie, et ces deux types d'obésités peuvent se rencontrer chez les deux sexes.*

## ANNEXE III : QUESTIONNAIRE POUR L'ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR

Stage expérimental HDJ AP    Questionnaire réalisé par Sophie PASCAULT et Sandra GAUMET

### L'ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR A L'HDJ « ACTIVITES PHYSIQUES »

*Ce questionnaire sert de base à l'entretien, mais l'ensemble des questions n'est pas toujours posé. Le but est de s'adapter à la personne rencontrée pour faire évoluer le dialogue, dans une interaction stagiaires psychomotriciennes/patient.*

---

Avant de débiter l'entretien, nous demandons au patient s'il sait ce qu'est la psychomotricité et pourquoi il vient à cette consultation. Le cas échéant, nous le lui expliquons et lui présentons la manière dont se déroulera l'entretien.

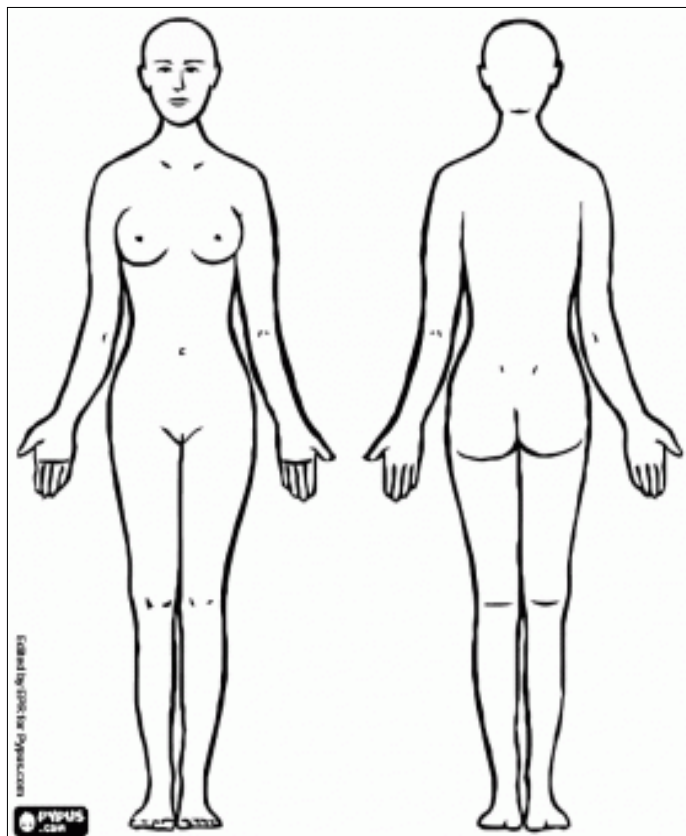
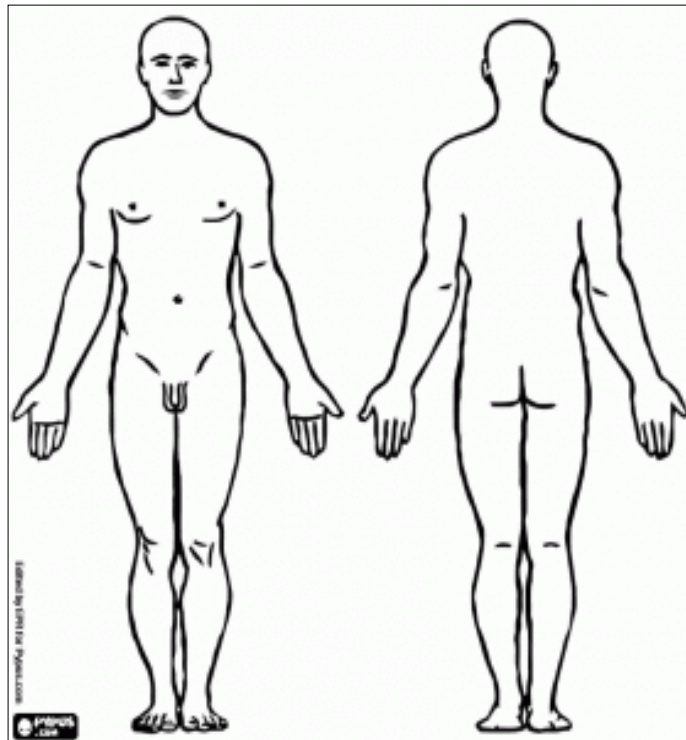
---

- .: Pouvez-vous vous présenter, d'une manière générale afin que nous fassions connaissance ? (statut familial, profession, points particuliers à nous communiquer, autres)
- .: Quelle est la raison de votre venue à l'HDJ AP ? Qui vous a adressé et savez-vous pourquoi ?
- .: Avez-vous des attentes particulières suite à cette journée ?
- .: Pouvez-vous nous parler de vos loisirs ?
- .: Avez-vous déjà effectué une activité sportive, ou en réalisez-vous une actuellement ? Aimerez-vous en pratiquer une et dans quel cadre ou sous quelles conditions ?
- .: Pour vous, comment se déroule une journée type en semaine, le week-end et en vacances ? (heure de levée, activités matinales, heure de repas, activités dans l'après-midi, heure du repas du soir, activités dans la soirée, heure du coucher)
- .: Avez-vous des difficultés avec le sommeil, ou dormez-vous bien ? S'il y a des difficultés, depuis combien de temps et comment se manifestent-elles ? (endormissement, réveils nocturnes, activités oniriques nocturnes, autres)
- .: Comment vivez-vous dans votre corps et avec votre corps ? Est-ce plutôt un allié ou un ennemi ? Pour quelles raisons ?
- .: Quand sont apparus vos problèmes de poids ? Est-ce que cela vous gêne ou vous fait souffrir dans le quotidien, et à quel niveau ?

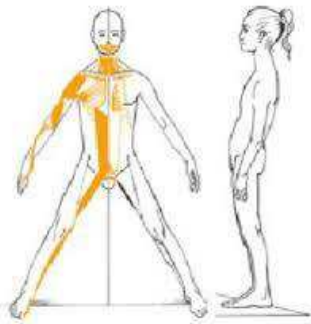
## ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE « Est-ce que j'habite mon corps ? »

Nom :	Prénom :	Date :												
1. J'ai du mal à attraper un ballon		A B C												
2. J'adore les travaux manuels (bricolage, jardinage, couture,...)		A B C												
3. Je me sens physiquement incapable dans bien des situations		A B C												
4. Je choisis toujours des vêtements à ma taille		A B C												
5. J'ai toujours fui les pistes de danse		A B C												
6. Je prends soin de mon apparence		A B C												
7. Je peux oublier toute une journée d'aller aux toilettes		A B C												
8. Je sais me reposer quand je me sens fatigué(e)		A B C												
9. Je m'angoisse pour un rien		A B C												
10. J'exprime facilement mes sentiments		A B C												
11. Je retrouve difficilement mon chemin		A B C												
12. Je suis le roi (la reine) du rangement		A B C												
13. J'ai souvent l'impression de ne pas être à ma place		A B C												
14. J'aime aller à la rencontre des autres		A B C												
15. Je suis souvent accaparé par mes pensées		A B C												
16. Rien ne peut me distraire quand je suis concentré(e)		A B C												
17. À l'école j'étais assez renfermé(e)		A B C												
18. Au collège j'adorais les cours d'EPS		A B C												
19. Je remets souvent les choses au lendemain		A B C												
20. J'aime les imprévus		A B C												
<p>A = tout-à-fait d'accord B = assez d'accord C = pas du tout d'accord</p> <p><i>Cet auto-questionnaire tente d'évaluer en 20 questions le niveau d'intégration corporelle sur le plan psychique ou bien encore la « corporéité » de la personne.</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">COORDINATION : 1 - 2</td> <td style="width: 33%;">ÉMOTION : 9 - 10</td> <td style="width: 33%;">PRÉSENCE : 15 - 16</td> </tr> <tr> <td>SCHÉMA CORPOREL : 3 - 4</td> <td>ESPACE : 11 - 12</td> <td>ANTÉRIORITÉ : 17 - 18</td> </tr> <tr> <td>IMAGE DE SOI : 5 - 6</td> <td>RELATION A AUTRUI : 13 - 14</td> <td>TEMPS : 19 - 20</td> </tr> <tr> <td>PROPRIOCEPTION : 7 - 8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><i>B = 1, A=0 ou 2 et C=0 ou 2 selon les items.</i>  <i>Pour les items impairs : A=0 et C=2.</i>  <i>Pour les items pairs : A=2 et C=0.</i></p> <p><i>Le score maxi est donc de 40. Moins le score est élevé moins on habite son corps.</i>  <i>De 31 à 40 : la corporéité n'est pas un problème</i>  <i>De 21 à 30 : la corporéité n'est pas un problème prioritaire</i>  <i>De 11 à 20 : la corporéité mérite d'être prise en compte</i>  <i>De 0 à 10 : la corporéité est un problème central</i></p> <p><i>Il est important de nuancer le score avec une analyse qualitative des réponses et de prendre en compte les commentaires apportés par la personne.</i></p>			COORDINATION : 1 - 2	ÉMOTION : 9 - 10	PRÉSENCE : 15 - 16	SCHÉMA CORPOREL : 3 - 4	ESPACE : 11 - 12	ANTÉRIORITÉ : 17 - 18	IMAGE DE SOI : 5 - 6	RELATION A AUTRUI : 13 - 14	TEMPS : 19 - 20	PROPRIOCEPTION : 7 - 8		
COORDINATION : 1 - 2	ÉMOTION : 9 - 10	PRÉSENCE : 15 - 16												
SCHÉMA CORPOREL : 3 - 4	ESPACE : 11 - 12	ANTÉRIORITÉ : 17 - 18												
IMAGE DE SOI : 5 - 6	RELATION A AUTRUI : 13 - 14	TEMPS : 19 - 20												
PROPRIOCEPTION : 7 - 8														

## ANNEXE V : LA SILHOUETTE D'HOMME ET DE FEMME



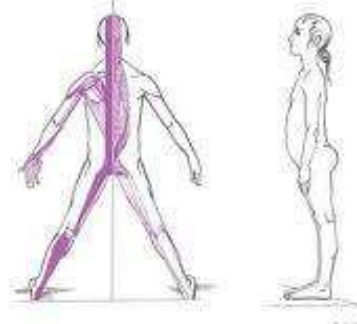
## ANNEXE VI : AFFINITES SPATIALES ET TYPOLOGIES DES CHAINES MUSCULAIRES SELON GODELIEVE DENYS-STRUYF



chaîne Antéro-Médiane : AM

### Chaîne AM - Affinité postérieure

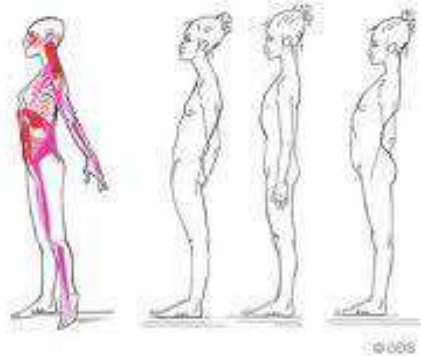
*Les tensions antérieures prédominent, le sujet s'enroule et semble s'appuyer sur l'espace postérieur. C'est une structure d'enroulement*



Chaines postéro-médianes (PM.)

### Chaîne PM - Affinité antérieure

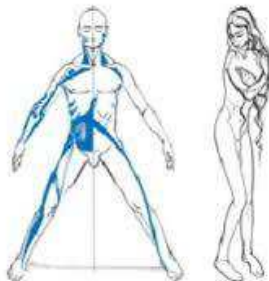
*Les tensions postérieures prédominent, le sujet se projette en avant et semble s'arquer. C'est une structure de déroulement.*



Chaines postéro-antérieure (P.A.) et antéro-postérieure (A.P.)

### Chaines AP - Affinité d'appui sur la terre et Chaîne PA - Affinité d'appui vers le haut

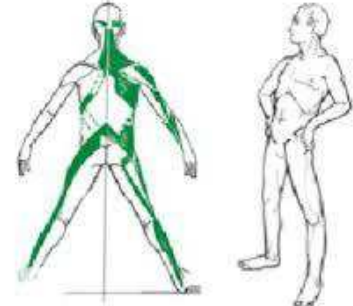
*La Chaîne PA implique les muscles profonds de la colonne vertébrale et le muscle transverse de l'abdomen, qui permettent appuis et rebonds. La chaîne AP implique les muscles traversant le corps, comme les psoas ou les scalènes. Le corps est axé et semble suspendu au ciel. Ces deux chaînes peuvent être considérées comme couplées, PA assurant les lordoses et AP creuse les courbures. Cette structure joue un rôle important dans le processus de verticalisation.*



chaîne Antéro-Latérale : AL

### Chaîne AL - Affinité en densification (restriction frontale)

*Le corps se rassemble autour de son axe et semble se densifier. Les muscles rotateurs internes et les adducteurs sont impliqués. C'est une structure de repliement, de fermeture.*



chaines Postéro-Latérale : PL

### Chaîne PL - Affinité en expansion frontale

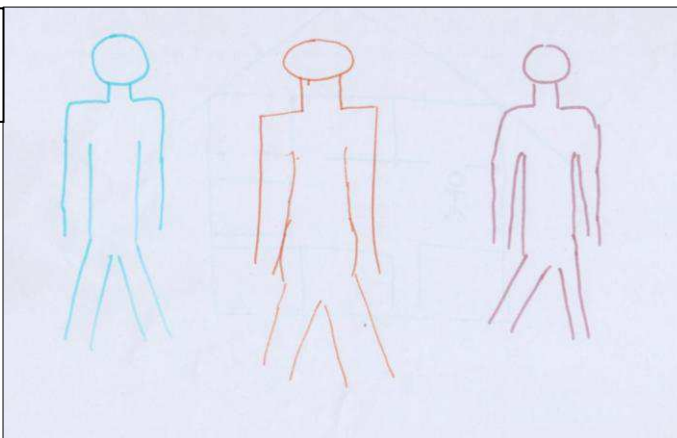
*Le corps se déploie dans l'espace. Les muscles rotateurs externes et les abducteurs sont impliqués. C'est une structure de déploiement, d'ouverture.*

## ANNEXE VII : EXEMPLES DE DESSINS DES TROIS PERSONNES

Consignes correspondant à l'ordre des dessins :

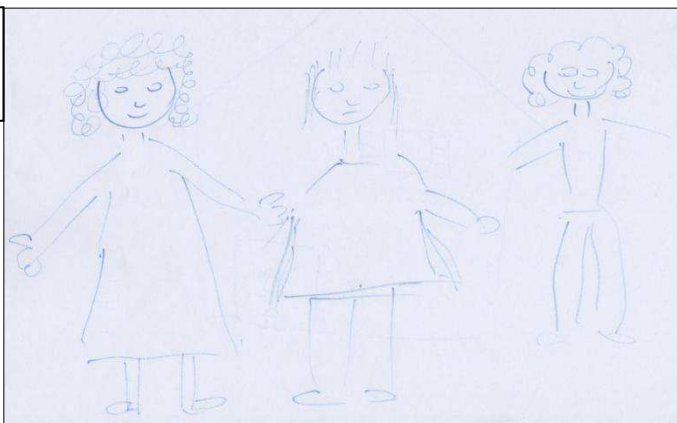
1. « Dessinez une personne »
2. « Dessinez-vous tel que vous vous voyez ou percevez »
3. « Dessinez-vous tel que vous voudriez être, ou tel que vous vous voyez intérieurement »

**Dessin N° 1**  
**Mme T.**



**Mme T.** a 42 ans. Elle a une obésité constitutionnelle et mesure 1,66m pour 144kg (IMC=52,3kg/m<sup>2</sup>). Elle travaille, mais est sédentaire, et vit toujours chez sa mère. Ces dessins mettent en avant des corps sans limites fermées (extrémités) et non remplis. Cette absence de limite rend compte d'une « non présence à soi », comme si les corps étaient « dilués » dans le monde, non habités. Ces dessins sont vides d'expression et d'émotion (visages non remplis, aucun détail).

**Dessin N° 2**  
**Mme N.**

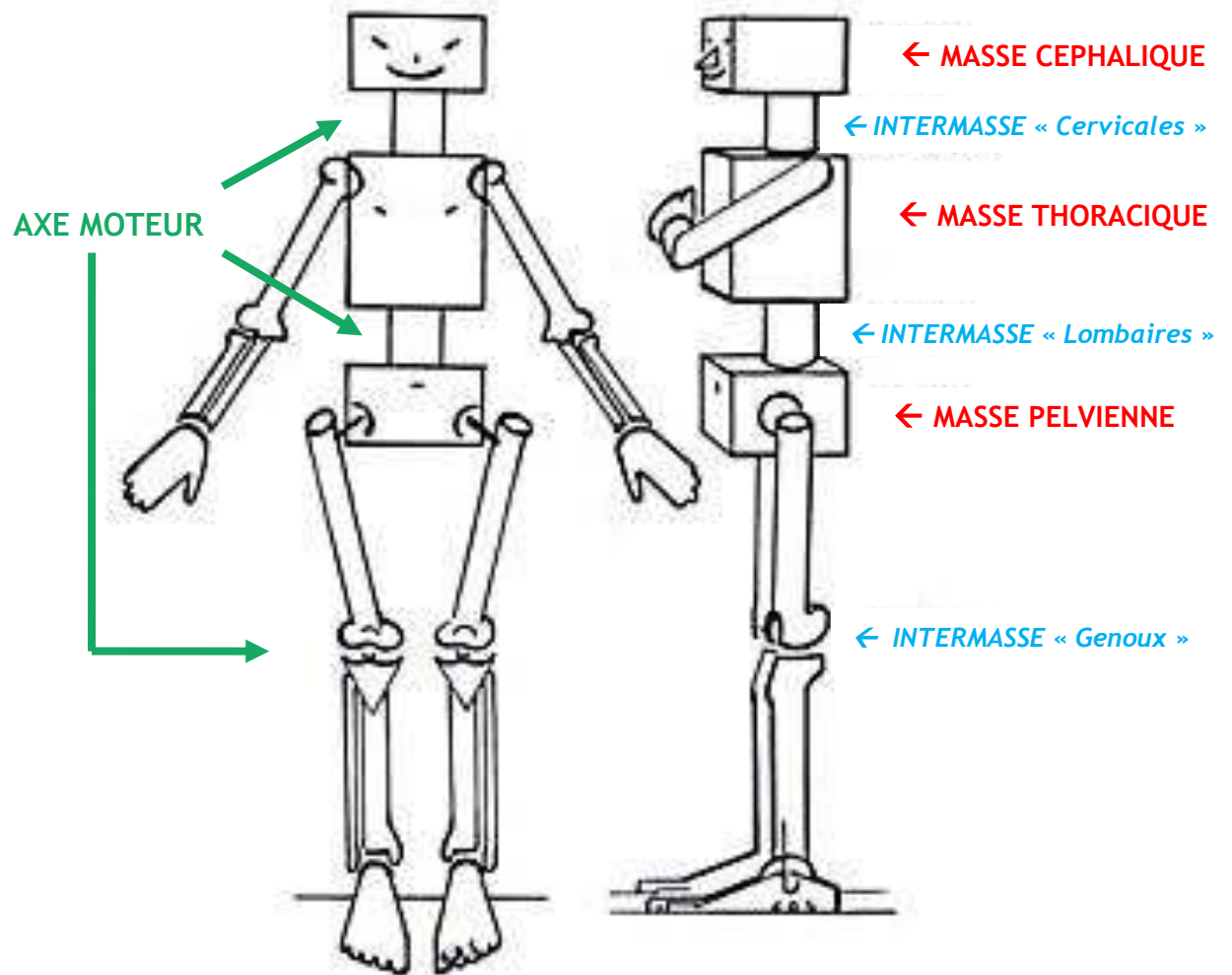


**Mme N.** a 64 ans. Adolescente, elle était « ronde ». A 18 ans, elle pèse 68kg pour 1,72m (IMC=22,3kg/m<sup>2</sup>). Elle commence les régimes à 25 ans, et connaît des phases successives de pertes puis de rebonds. Actuellement, elle pèse 116 kg (IMC=39,2kg/m<sup>2</sup>). De ses régimes, elle a conservé les kilos suites aux reprises pondérales, et des troubles alimentaires (hyperphagie et addiction au sucre).

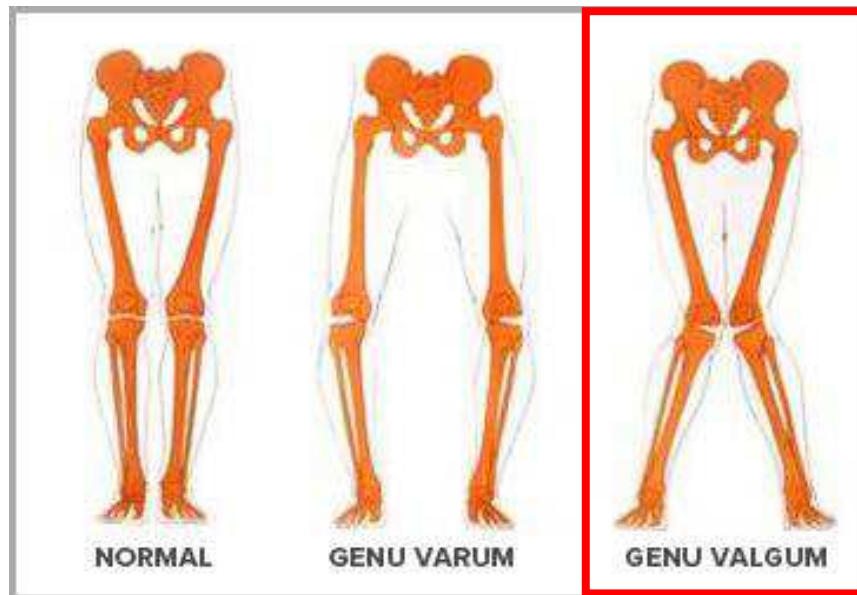
Ses dessins semblent refléter une identité dont l'humeur varie en fonction de l'apparence physique (corps gros = tristesse/ corps normal ou mince = joie), mais le regard (les yeux) restent vides de toute expression. Le dessin de la personne (N°1) met en évidence quelqu'un de corpulence normale, « elle » (N°2) se dessine avec son corps obèse, et sa silhouette idéale (N°3) est la plus mince des trois. L'expressivité dans le troisième dessin semble plus importante (jambes arquées, sensation de mouvement) comparée aux deux premiers qui semblent plus rigides. Notons que ce troisième dessin est « en recul » par rapport aux précédents : elle « voudrait » avoir cette silhouette, mais elle semble percevoir que cela est difficile (voir impossible) d'y accéder.



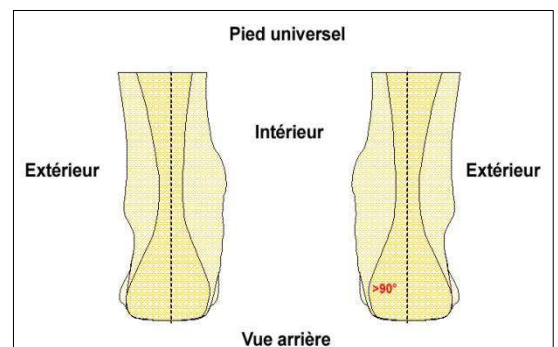
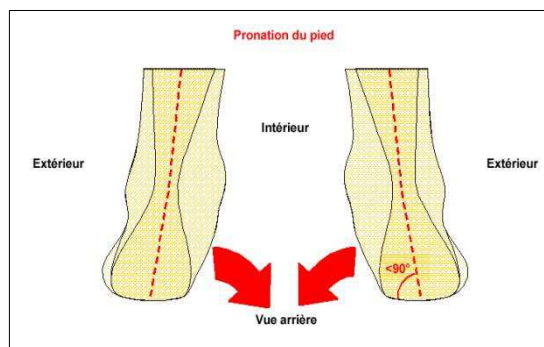
## ANNEXE VIII : MASSES ET INTERMASSES CORPORELLES



# ANNEXE IX : MORPHOLOGIE DES MEMBRES INFÉRIEURS



↑  
**GENOUX VALGUM en « X »**



↑  
**Pieds en pronation, avec affaissement de la voûte plantaire**

**ANNEXE X : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS,  
DOSSIER DE Mr C.**

**QUESTIONNAIRE « Est-ce que j'habite mon corps ? »**

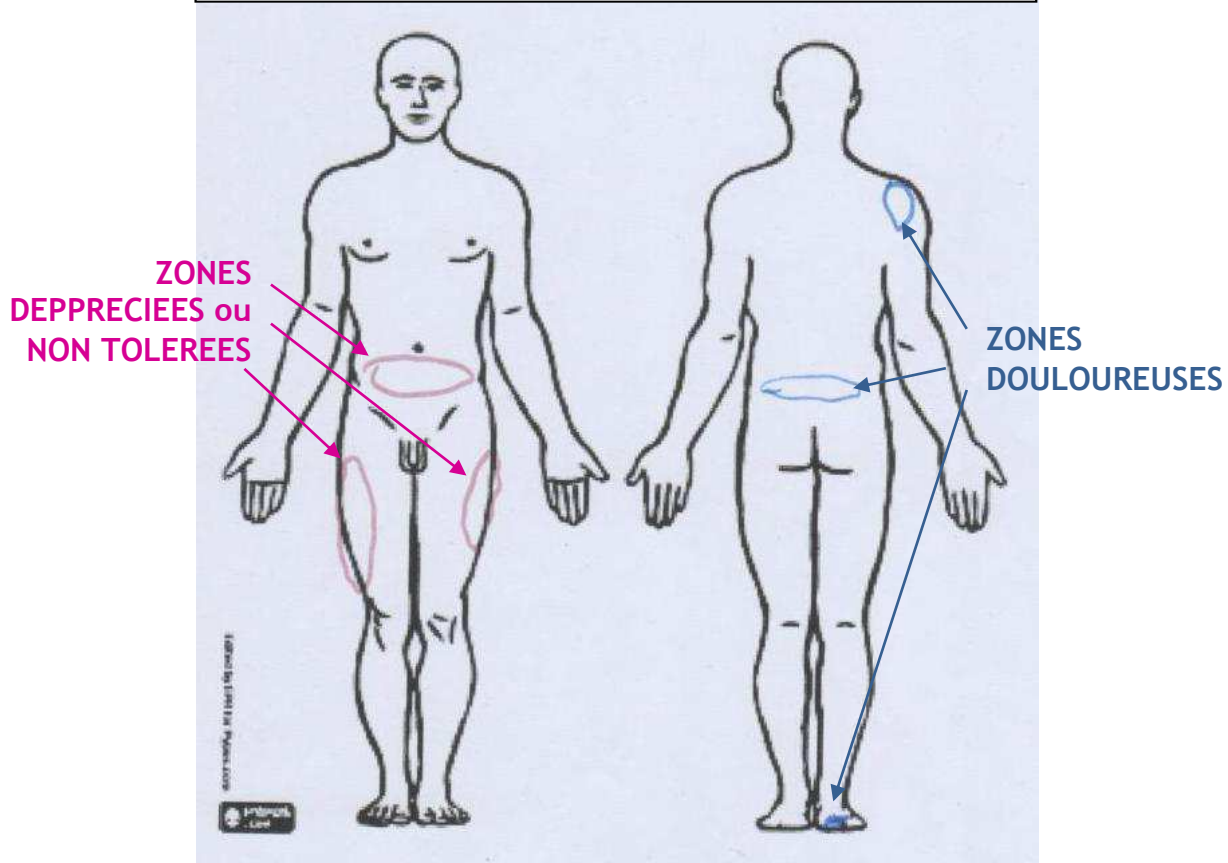
NOM: Mr C.

Date:

ITEMS	QUESTIONS IMPAIRES			QUESTIONS PAIRES			TOTAL ITEMS		
		A	B	C		A		B	C
COORDINATION	1			X	2	X			4
SCHEMA COPOREL	3			X	4	X			4
IMAGE DE SOI	5			X	6	X			4
PROPRIOCEPTION	7			X	8		X		3
EMOTION	9	X			10			X	0
ESPACE	11			X	12			X	2
RELATION A AUTRUI	13			X	14		X		3
PRESENCE	15			X	16			X	2
ANTERIORITE	17			X	18		X		3
TEMPS	19			X	20		X		3
		0 X 1	1 X 0	2 X 9		2 X 3	1 X 4	0 X 3	<b>TOTAL =</b>
	<b>TOTAL =</b>	0	0	18	<b>TOTAL =</b>	6	4	0	28

La corporéité n'est pas un problème	31 à 40	
La corporéité n'est pas un problème prioritaire	21 à 30	28
la corporéité mérite d'être prise en compte	11 à 20	
la corporéité est un problème central	0 à 10	

**LA SILHOUETTE D'HOMME**



## DESSIN DE LA MAISON AVEC QUELQU'UN A L'INTERIEUR



## DESSIN DES DEUX PERSONNES



**ANNEXE XI : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS,  
DOSSIER DE Mr B.**

## QUESTIONNAIRE « Est-ce que j'habite mon corps ? »

NOM: Mr B.

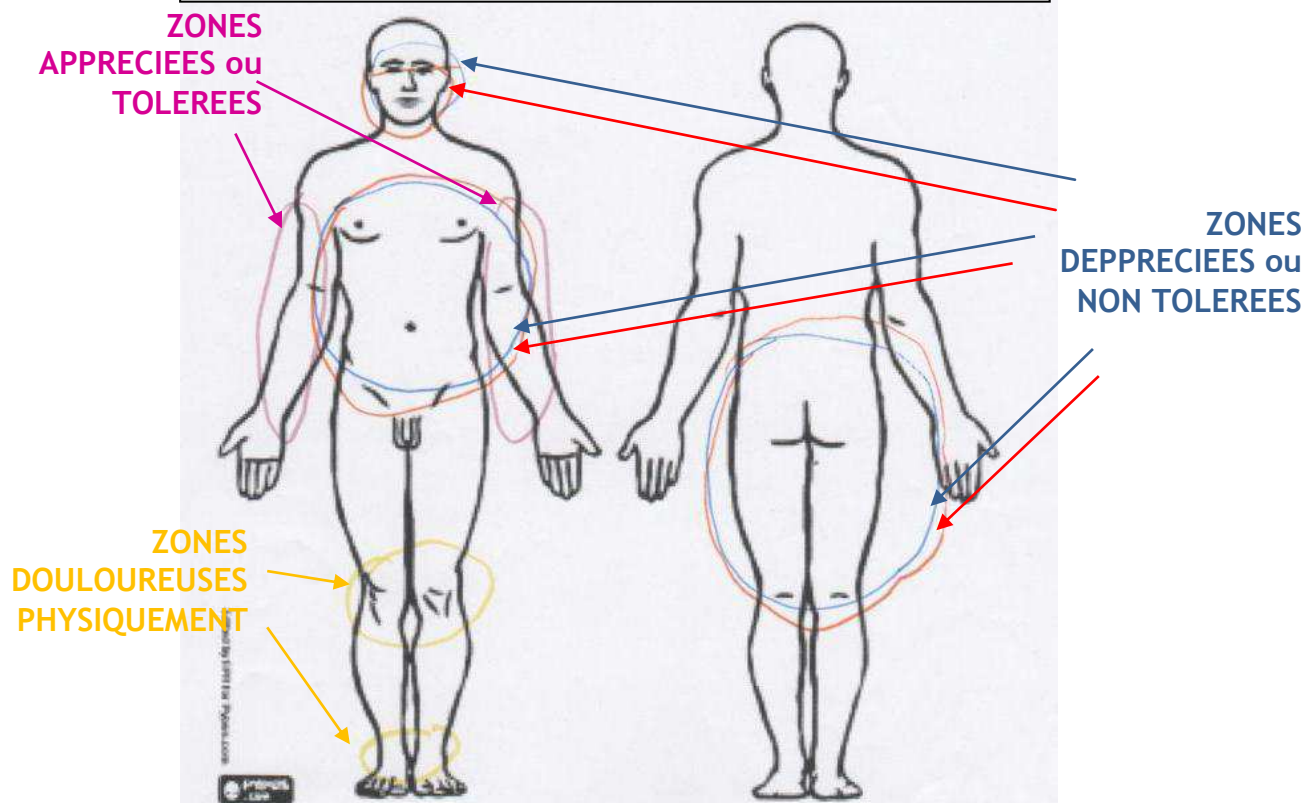
Date:

Prénom :

ITEMS	QUESTIONS IMPAIRES			QUESTIONS PAIRES			TOTAL ITEMS		
		A	B	C		A		B	C
COORDINATION	1			X	2		X		3
SCHEMA COPOREL	3			X	4			X	2
IMAGE DE SOI	5	X			6			X	0
PROPRIOCEPTION	7			X	8			X	2
EMOTION	9	X			10			X	0
ESPACE	11			X	12			X	2
RELATION A AUTRUI	13	X			14			X	0
PRESENCE	15	X			16			X	0
ANTERIORITE	17	X			18	X			2
TEMPS	19	X			20		X		1
		0 X 6	1 X ...	2 X 4		2 X 1	1 X 2	0 X 7	<b>TOTAL =</b>
	<b>TOTAL =</b>	0		8	<b>TOTAL =</b>	2	2	0	12

La corporéité n'est pas un problème	31 à 40	
La corporéité n'est pas un problème prioritaire	21 à 30	
la corporéité mérite d'être prise en compte	11 à 20	12
la corporéité est un problème central	0 à 10	

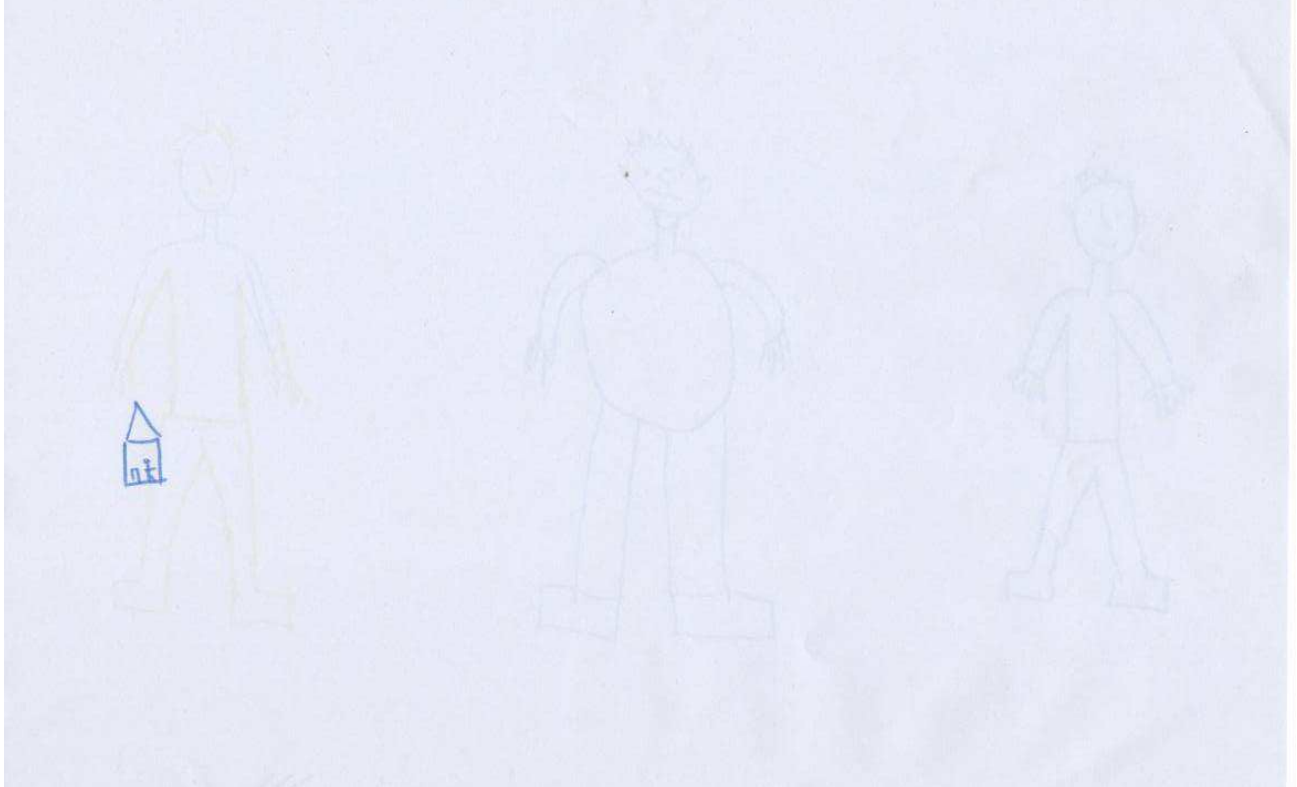
### LA SILHOUETTE D'HOMME



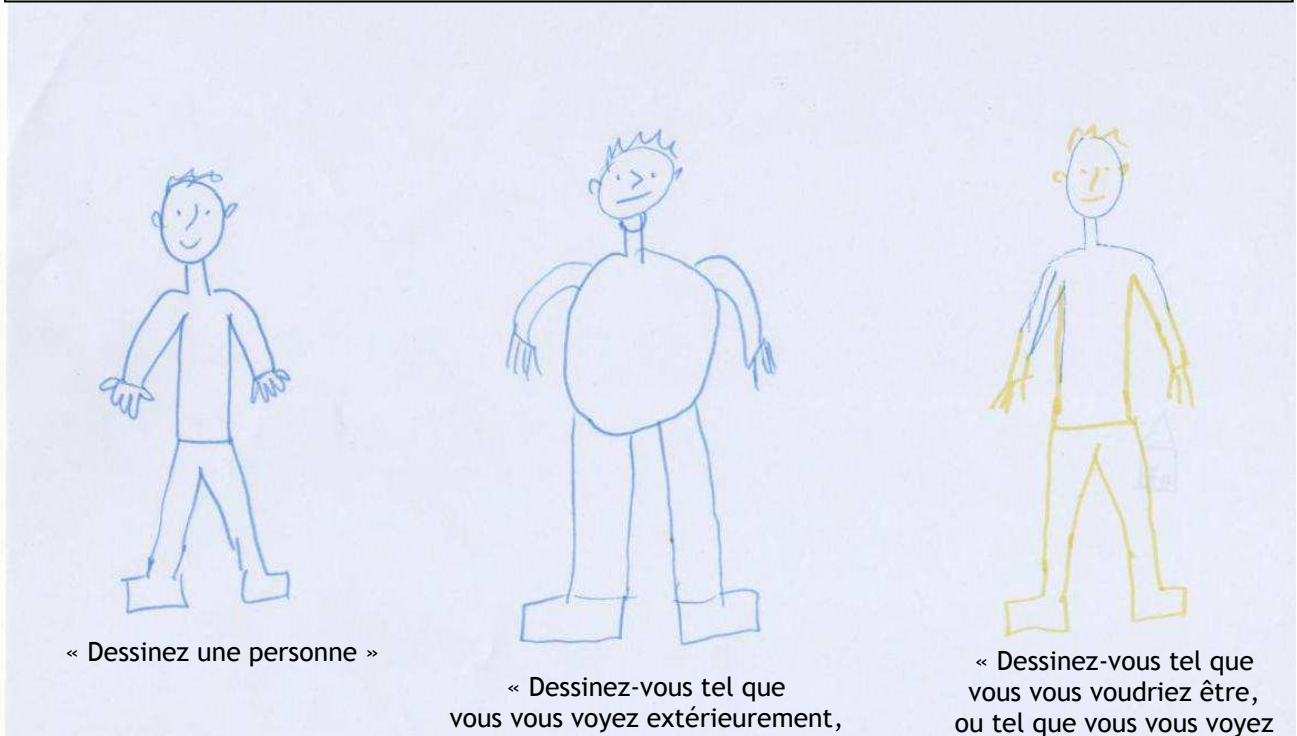
Les zones dépréciées ou non tolérées sont en deux couleurs, *bleu et rouge*, car à la question « indiquez les zones douloureuses, Mr B. a indiqué les zones de douleurs morales, c'est-à-dire la réponse aux zones dépréciées. Donc à la question des zones dépréciées. il a indiqué les mêmes zones en utilisant une autre couleur cette fois.

## DESSIN DE LA MAISON AVEC QUELQU'UN A L'INTERIEUR

« Dessinez une maison avec quelqu'un à l'intérieur »



## DESSIN DES TROIS PERSONNES



« Dessinez une personne »

« Dessinez-vous tel que  
vous vous voyez extérieurement,  
tel que vous vous percevez »

« Dessinez-vous tel que  
vous vous voudriez être,  
ou tel que vous vous voyez  
intérieurement »



**ANNEXE XII : RESULTATS DES TESTS PSYCHOMOTEURS,  
DOSSIER DE Mme L.**

**QUESTIONNAIRE « Est-ce que j'habite mon corps ? »**

NOM: Mme L.

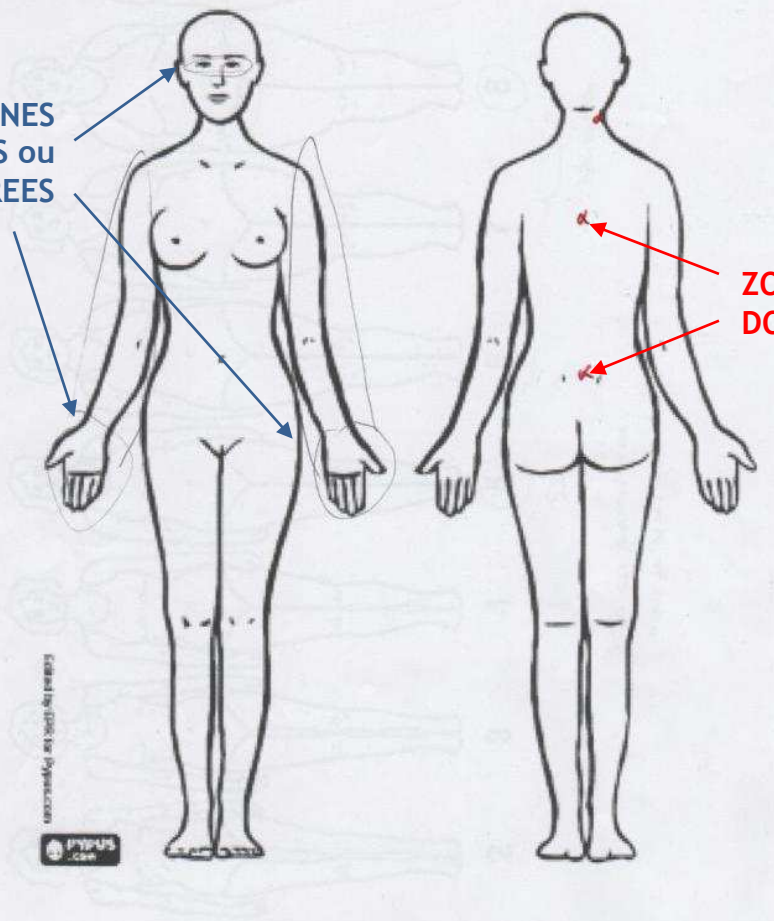
Date:

ITEMS	QUESTIONS IMPAIRES			QUESTIONS PAIRES			TOTAL ITEMS		
		A	B	C		A		B	C
COORDINATION	1			X	2	X			4
SCHEMA COPOREL	3	X			4	X			2
IMAGE DE SOI	5			X	6			X	2
PROPRIOCEPTION	7			X	8	X			4
EMOTION	9	X			10	X			2
ESPACE	11			X	12		X		3
RELATION A AUTRUI	13		X		14		X		2
PRESENCE	15	X			16	X			2
ANTERIORITE	17		X		18	X			3
TEMPS	19		X		20	X			3
		0 X 3	1 X 3	2 X 4		2 X 7	1 X 2	0 X 1	<b>TOTAL =</b>
	<b>TOTAL =</b>	0	3	8	<b>TOTAL =</b>	14	2	0	27

La corporéité n'est pas un problème	31 à 40	
La corporéité n'est pas un problème prioritaire	21 à 30	27
la corporéité mérite d'être prise en compte	11 à 20	
la corporéité est un problème central	0 à 10	

**LA SILHOUETTE DE FEMME**

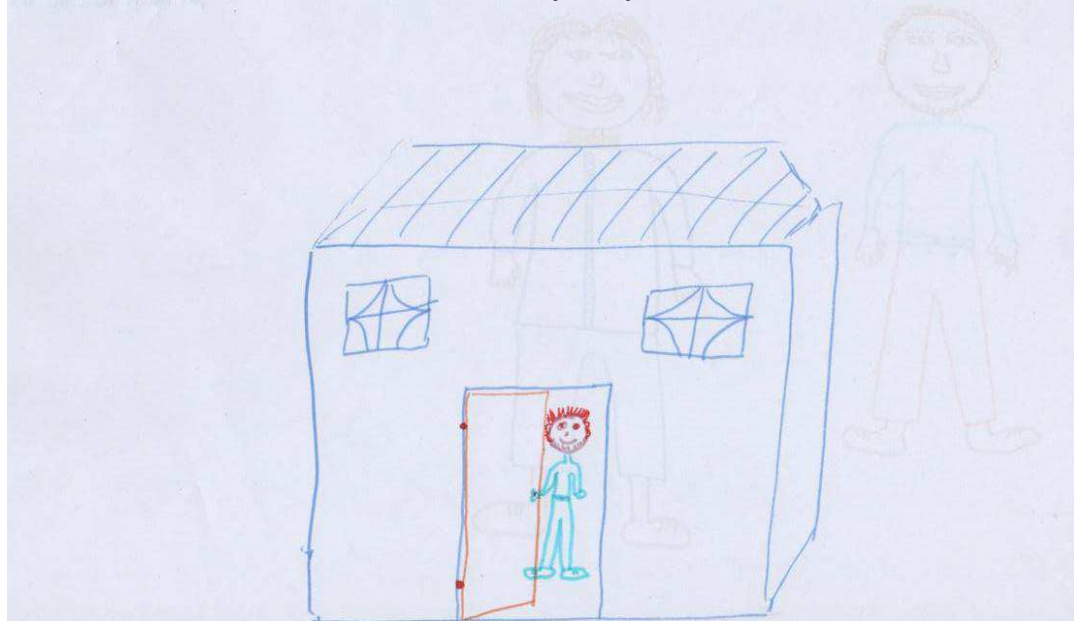
ZONES APPRECIÉES ou TOLÉRÉES



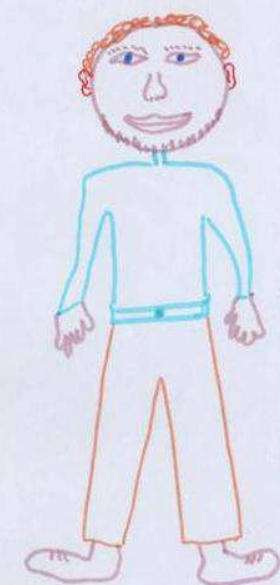
ZONES DOULOUREUSES

## DESSIN DE LA MAISON AVEC QUELQU'UN A L'INTERIEUR

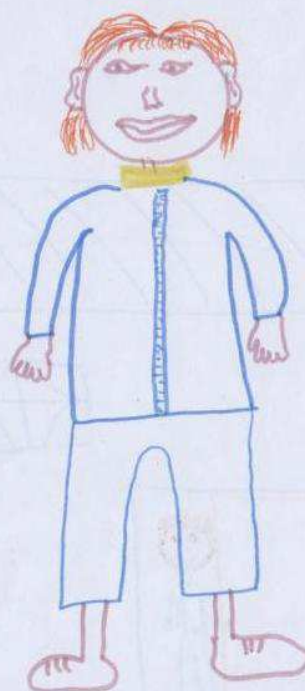
« Dessinez une maison avec quelqu'un à l'intérieur »



## DESSIN DES TROIS PERSONNES



« Dessinez une personne »



« Dessinez-vous tel que vous vous voyez extérieurement, tel que vous vous percevez »

## RESUME

Actuellement, le traitement pour soigner durablement ou guérir l'obésité n'a pas été trouvé. Le corps médical a développé sa compréhension et ses compétences pour la soigner, mais l'obésité demeure une maladie chronique. La prise en charge du patient doit avant tout être un accompagnement tenant compte des aspects somatiques, psychiques, comportementaux et environnementaux de la pathologie. Les différents acteurs doivent intervenir de manière cohérente et coordonnée pour aider au mieux la personne obèse tout au long de son parcours de soin. Les patients obèses ont souvent une histoire complexe et singulière. Ils sont en manque d'éprouvés et de vécus nécessaires à un investissement corporel et émotionnel. Face à cette maladie qui s'exprime par le corps, l'approche psychocorporelle grâce à la psychomotricité représente une piste à considérer très sérieusement. Dans ce mémoire, nous nous proposons d'aborder quelques pistes de travail thérapeutique en psychomotricité autour de la sensorialité et de l'émergence des émotions. Cet abord de la corporéité permettra peu à peu à la personne obèse de retrouver une autonomie psychocorporelle qui lui permettra d'être en lien avec elle-même pour s'ouvrir aux autres.

Mots clés : Obésité, Psychomotricité, Corporéité, Emotions, Sensorialité.

---

## ABSTRACT

At present, no long-term treatment or cure for obesity exists. Despite the fact that the medical field has improved understanding and competence in treatment of obesity, it remains a chronic illness. When dealing with patients, the care provided must take into account the somatic, psychic, behavioural and environmental aspects of the pathology. The various actors involved must intervene in coherent and coordinated manner in order to provide the best help possible to the obese person throughout his care cycle. The histories attached to obese patients are often both complex and singular. They lack the feeling and experience necessary to the physical and emotional investment. Faced with this illness, which expresses itself through the body, a psychocorporeal approach, based on psychomotricity, represents a very serious possibility to be considered. In this dissertation, we will explore several therapeutical working possibilities in psychomotricity adressing sensoriality and emergence of emotions. This approach to corporeality will allow the obese person to step by step rediscover psychocorporeal autonomy, allowing him first to bond with himself and then to open to others.

Key words : Obesity, Psychomotricity, Corporeality, Emotions, Sensoriality.