



HAL
open science

Je suis trop lourde... Ne me laisse pas tomber! Le portage, médiation psychocorporelle dans la clinique de l'obésité infantile

Évelyne Michel-Chalopin

► **To cite this version:**

Évelyne Michel-Chalopin. Je suis trop lourde... Ne me laisse pas tomber! Le portage, médiation psychocorporelle dans la clinique de l'obésité infantile. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068785

HAL Id: dumas-01068785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068785>

Submitted on 26 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.

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Je suis trop lourde... Ne me laisse pas tomber !

**Le portage, médiation psychocorporelle
dans la clinique de l'obésité infantile.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité par

Evelyne MICHEL-CHALOPIN

Référent de Mémoire :

M. MEURIN Bernard

Session : juin 2014

Remerciements

Merci à Bernard pour ses conseils avisés et ses éclairages philosophiques,
Merci à Jean-Noël, pour son aide technique précieuse et sa patience de chaque jour,
Merci à Domitille, Guillaume et Lucille, mes enfants pour leur soutien indéfectible.

Merci à Blanche et à Claire, qui ont été des modèles pour moi.

Je décrirai les besoins du moi car ils sont variés. Le meilleur exemple serait le simple fait de porter. Nul n'est capable de porter un bébé, s'il ne peut s'identifier à lui. »

Winnicott D.W., 1974, p 47)

SOMMAIRE

PREFACE	i
INTRODUCTION	7
LA CLINIQUE	9
<u>I - CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE</u>	9
A. Présentation de la structure d'accueil	9
B. Anamnèse	10
C. Bilan psychomoteur	10
D. Le jeu comme médiation de soin	12
<u>II - RENCONTRES AVEC MARION ET AVEC L'OBESITE</u>	13
A. L'obésité	13
1. Classification de l'obésité	13
2. Données générales	14
3. Diagnostic d'obésité	15
4. Les risques de l'obésité	16
a. <i>Le retentissement psychosomatique</i>	16
b. <i>Les complications somatiques</i>	17
c. <i>Les complications à long terme</i>	18
5. Les causes de l'obésité	19
a. <i>Les obésités communes</i>	19
b. <i>Les obésités secondaires</i>	20
6. La prise en charge	21
B. La prise en charge de Marion en psychomotricité	22
1. Mettre son corps en mouvement	22
2. Intrusion dans la relation thérapeutique	25
3. Toucher le corps obèse	25
4. Enfin Marion parle « corps »	26
5. Emergence de la problématique	28
6. Sentir le corps pour le représenter : « Ne me laisse pas tomber ! »	31
7. Besoin ou excès d'adhésivité	33
8. « Poursuis-moi ! »	34
9. « Prends-moi dans tes bras ! »	36
10. « Je ne suis pas seule à avoir des problèmes ! »	36
11. « Enlève-moi, emporte-moi ! », « je n'ai pas d'amoureux ! »	37
12. Rouler et « sentir mon corps ! »	38

13. Identité : « Qui suis-je ? La mère ou la fille ? »	41
14. « Punis-moi ! »	43
15. Recherche de limites : « Tu peux aller dans ta chambre, maman ! »	45
16. Changeons de rôle	48
17. De la confusion, de l'émotion !	50
18. Conclusions	51
DISCUSSION	54
<u>I - OBSERVATION DE LA CLINIQUE DE L'OBESITE INFANTILE EN SEJOUR</u>	55
A. Les observations de l'équipe pluridisciplinaire	55
1. La structure d'accueil	55
2. Aptitudes physiques	55
3. Traits de personnalité	55
4. Facteurs étiologiques	56
a. Facteurs héréditaires	56
b. Déterminants psychoaffectifs	56
5. L'image du corps	57
6. Le regard	57
B. Lecture de la clinique de Marion au regard de ces observations	58
C. Le « gavage psychique »	60
<u>II - LE PORTAGE</u>	62
A. Le portage chez les animaux	62
B. Le portage chez les humains	62
1. Les bienfaits du portage	62
2. Le « Holding » de Winnicott	63
3. Le dialogue tonique prélude à la communication	66
4. Sensations vestibulaires et kinesthésiques	68
5. Le portage « psychique »	69
<u>III - LE PORTAGE DANS LA PSYCHOMOTRICITE</u>	71
A. Le portage physique et psychique du psychomotricien	72
1. Pour le patient	72
2. Pour la famille	73
B. Quelles médiations ?	74
C. La fonction phorique de Pierre Delion	77
Conclusion	79

Bibliographie	
Glossaire	I
Annexes	V

PREFACE

Je ne suis pas tout à fait une étudiante comme les autres. Mon parcours de vie est déjà bien rempli. J'ai exercé pendant plus de vingt ans au sein de l'Education Nationale, en tant qu'enseignante en maternelle, et majoritairement en Zone d'Education Prioritaire, par choix. J'ai rencontré de nombreux enfants, et leurs parents. Certains avaient des difficultés, certains étaient pris en charge déjà, d'autres pas encore. C'est souvent à l'entrée en maternelle que les problèmes se révèlent.

J'ai pris beaucoup de plaisir à voir dans leurs yeux le bonheur de « faire une découverte » : « Papa et parapluie, ça commence par la même lettre ! ». Ou bien encore, toute la fierté d'avoir dépassé leurs appréhensions et réussi l'exploit : Monter tout en haut d'une structure à grimper.

Ma pratique s'appuyait sur deux objectifs, fondamentaux à mes yeux, avant toute considération sur les apprentissages: Leurs parents devaient être rassurés en me les laissant et eux devaient être heureux de venir. Je crois avoir au moins atteint le plus souvent ces deux objectifs.

Cependant je n'étais pas tout à fait satisfaite. Des éléments manquaient à la compréhension du fonctionnement de certains de mes élèves. Je n'ai peut-être pas su les chercher où il fallait. J'échouais à impulser complètement ce désir de réussir qui est le moteur de tout apprentissage. Il me vient à penser qu'à ce moment de ma vie je n'étais pas non plus dans la capacité d'appliquer sur moi les principes que je désirais transmettre. J'avais fait ce choix de la maternelle car j'avais très vite compris que ce qui m'intéressait était moins l'enseignement des fondamentaux ou des matières comme la grammaire ou l'histoire, que la transmission d'un savoir être et grandir. Mais très souvent il m'arrivait de penser que je n'arrivais pas à les « soigner » dans le sens premier du mot, qui est de leur apporter le bien-être dont ils avaient besoin individuellement. Je pense avoir trouvé dans la psychomotricité certaines réponses à mes questions et le désir d'aller plus loin. Ne souhaitant plus continuer à enseigner, je continue mon chemin en soignant.

La formation en Psychomotricité m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement humain, du point de vue physiologique, psychologique et

relationnel. Elle a aussi cette particularité de nous inviter à nous questionner nous même sur nos propres fonctionnements afin qu'ils interfèrent à minima dans nos relations thérapeutiques. La prise en charge de la globalité de l'individu nous invite à questionner différentes pistes de recherches dont aucune n'est à négliger et toutes sont nécessaires à la compréhension de notre patient, pour nous permettre de l'accompagner au mieux. Parmi les thèmes abordés, la question du portage s'est imposée à moi. J'y ai trouvé un élément de réponse fondamental à la quête de la sécurité intérieure nécessaire à chacun pour vivre sa vie dans le respect de soi-même et des autres.

*Prendre un enfant par la main
Pour l'emmener vers demain,
Pour lui donner la confiance en son pas,
Prendre un enfant pour un roi.
Prendre un enfant dans ses bras
Et pour la première fois,
Sécher ses larmes en étouffant de joie,
Prendre un enfant dans ses bras.*

Yves Duteil

INTRODUCTION

J'ai rencontré Marion lors de mon stage de troisième année de formation pour l'obtention du diplôme de psychomotricien. J'ai été accueillie par un psychomotricien en poste dans un CMP, Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents, rattaché à un CHU, Centre Hospitalier Universitaire. Il suivait Marion depuis deux ans et me l'a décrite comme une petite fille de 7 ans en très importante surcharge pondérale avec suspicion d'un syndrome apparenté à celui de Prader-Willi¹. La surcharge pondérale provoque chez Marion des difficultés motrices telles que lui faire accepter d'accéder au premier étage par les escaliers est déjà une victoire. Il est également évoqué des difficultés scolaires. Dans ce contexte, permettre à Marion de retrouver une motricité plus aisée et peut-être plus de bien-être ainsi qu'une meilleure image d'elle-même semblent être des axes thérapeutiques essentiels.

Cependant lors des prises en charge, les jeux symboliques que Marion affectionne semblent questionner sa relation avec ses parents.

Moi-même, embarrassée par sa taille, je me suis demandé si son obésité ne perturbait pas ses interactions avec ses parents. Et bien qu'elle ne soit plus un nourrisson, je me suis demandé si la qualité du portage par ses parents n'en n'avait pas été affectée. L'observation clinique de Marion, ses jeux, ses réactions, ses paroles ont orienté ma pensée :

« Le corps exprime des choses que les mots ne peuvent encore dire. Le corps dit l'indicible, le non-dit, le non-figuré. Le corps exprime ce qui est encore une ébauche d'impression. »

(Potel C., 2010, p 218)

Alors que je me sentais réticente à aller au contact de son corps, j'ai fait l'hypothèse qu'elle avait besoin d'être portée et soutenue. Peut-on dire que l'obésité infantile nuit au holding, facteur essentiel du développement de l'enfant largement décrit par Winnicott et que j'évoquerai tout au long de cette réflexion ? Je peux m'être trompée, et mon travail reflète très certainement les allers-retours entre mon questionnement, mes doutes et ce que le comportement de Marion semblait mettre en évidence lors des séances. Les échanges que j'ai pu avoir avec

1 Cf. Glossaire

mon maître de stage à ce sujet ont été très formateurs et riches d'intérêts. J'ai tenu à faire transparaître dans mon travail le cheminement de ma pensée au fil des séances.

Je tenterai de répondre aux nombreuses questions qui se sont imposées à moi tout au long de cette prise en charge, en articulant ma réflexion autour de la problématique suivante :

L'enfant en grande surcharge pondérale peut-il se construire une identité qui puisse lui permettre de s'auto-porter ? A travers le portage, la thérapie psychomotrice peut-elle lui permettre de trouver les appuis nécessaires à l'élaboration de son identité ?

Ma première partie sera essentiellement axée sur la présentation clinique de cette prise en charge. Après en avoir présenté le contexte de la prise en charge psychomotrice, j'exposerai le contexte médical qui me semble indispensable à la compréhension de la gravité de l'obésité. Puis au long des séances, je déroulerai le fil de mes observations et de mes questionnements que j'ai pu nourrir ou éclairer de certaines références théoriques.

Dans un deuxième temps j'essaierai, en croisant la clinique psychomotrice et des éléments de théorie, de discuter d'une lecture psychomotrice de la problématique de l'obésité. Je m'appuierai tout d'abord sur l'expérience d'un institut spécialisé dans la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Puis après vous avoir présenté les aspects intégratifs du portage, j'essaierai d'en montrer l'intérêt et peut-être les limites dans la prise en charge psychomotrice et donc de répondre à ma problématique.

I - CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

A. Présentation de la structure d'accueil

Le bâtiment du CMP est d'une architecture récente puisqu'il a été construit en 2007, pour remplacer une structure plus ancienne, et moins adaptées aux besoins. Il se présente donc sur deux niveaux, l'accès se faisant au rez-de-chaussée. Le secrétariat et la salle d'attente ont cependant été installés au niveau supérieur, lui-même accessible par un ascenseur ou par un escalier. Au même étage se trouvent le bureau du médecin pédopsychiatre responsable du CMP, les bureaux des trois psychologues et des deux orthophonistes. Il existe également à ce niveau un espace où peuvent se dérouler des séances de packing², dans le cadre du PHRC³. Au rez-de-chaussée, se situent les deux bureaux des trois psychomotriciens, une salle plus spacieuse pour les groupes thérapeutiques et qui peut servir pour certaines séances de psychomotricité quand elle est disponible. Au même niveau se trouve une pataugeoire⁴ ainsi qu'un espace réservé au personnel avec une grande salle de réunion et un espace repas. Plusieurs toilettes sont accessibles aux handicapés aux deux niveaux.

Le CMP fait partie des dispositifs de soins liés à la sectorisation en psychiatrie. A ce titre les enfants adressés au CMP habitent sur le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'origine des demandant émane des familles elles-mêmes, mais aussi des écoles ou des médecins traitants. Les familles sont reçues en première consultation pas un des médecins pédopsychiatres ou l'une des psychologues, puis selon la problématique des bilans complémentaires sont effectués par les orthophonistes, les psychologues et les psychomotriciens. En fonction des conclusions, une prise en charge est proposée. Celle-ci peut-être individuelle ou groupale impliquant un ou plusieurs thérapeutes.

² Cf. Glossaire.

³ Plan Hospitalier de Recherche Clinique

⁴ Cf. Glossaire.

B. Anamnèse de Marion

Marion est née le 6 mai 2006. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Son petit frère est né en 2010. Elle est née à l'issue d'une grossesse marquée à 36 SA par un hydramnios⁵ pour lequel a été effectué un drainage, une macrocéphalie⁶ foétale et un syndrome de l'immobilité foétale. Les examens pratiqués à cette période n'ont rien révélé. L'accouchement s'est fait spontanément par voie basse. Il a nécessité des forceps. A la naissance, Marion s'est présentée avec une hypotonie généralisée, une hypoventilation et un trouble de la déglutition. Son poids (3,530 kg) et sa taille (51cm) se situent dans les courbes standards pour un nouveau-né. Cependant son périmètre crânien de 37cm, la situe au-dessus du 90^{ème} percentile et révèle donc une macrocéphalie.

Lors de la période néonatale, il a été observé chez Marion une hypotonie majeure généralisée évocatrice d'un syndrome de Prader Willi qui n'a pas été confirmé. Il n'y a pas eu de diagnostic étiologique précis posé. Elle est restée en service de néonatalogie pendant un mois. Sa maman est venue à son chevet tous les jours et l'a allaitée. Aujourd'hui Marion souffre d'une surcharge pondérale majeure. Son IMC⁷ dépasse de 5 fois un écart type moyen. Cela entrave beaucoup sa motricité et elle présente des troubles de la relation, rendant parfois complexes ses rapports aux autres. Elle souffre d'autre part d'une très grande fatigabilité.

Son obésité et les troubles qui en découlent ont justifié la décision d'un accompagnement par une Auxiliaire de Vie Scolaire, une partie de la journée. Cependant des difficultés scolaires persistent et se révèlent en particulier par des troubles du comportement.

C. Bilan psychomoteur

Ce premier bilan a été effectué fin mai 2011 à l'arrivée de Marion au CMP. Mon maître de stage ayant reçu la formation au bilan sensori-moteur, il s'appuiera sur ce dernier pour évaluer Marion. Le bilan sensori-moteur d'André Bullinger permet de comprendre comment l'enfant s'organise face à son environnement. Il met en

⁵ Cf. Glossaire

⁶ Cf. Glossaire

⁷ Cf. Glossaire

évidence les compétences et les stratégies mises en place par l'enfant pour s'adapter. Ce bilan est utile pour évaluer des enfants dont les compétences ne correspondent pas aux critères testés dans les tests cotés.

« Souvent ce bilan fait découvrir aux parents leur enfant sous un angle inédit. Ce changement de point de vue participe au long travail d'ajustement représentatif des parents qui autorise l'enfant à s'épanouir quel que soit son déficit.

A travers le bilan, on peut aussi identifier les moyens divers susceptibles d'étayer les conduites de l'enfant. » (Bullinger, 2004, p 202)

Ce bilan se fait donc généralement en présence des parents. Mais Marion acceptera de se séparer facilement dès cette première évaluation, et ses parents ne l'accompagneront pas.

Le bilan met en évidence d'emblée des difficultés de coordination visuo-motrice et visuo-auditive : elle ne regarde pas quand on lui parle, et ne s'oriente pas correctement face à un son.

Elle ne montre pas de difficulté sur le plan gestuel : ses mains peuvent croiser l'axe, mais elle a des difficultés à les rassembler au centre du fait de sa corpulence. Il est noté une lenteur d'exécution.

Malgré son désir de coopérer et de prendre des risques les activités de coordinations dynamiques montrent des difficultés d'ajustement et un besoin de temps pour s'organiser. Elle est peu mobile et peu attentive à ce qu'elle fait.

Sur le plan du schéma corporel, Marion peut nommer différentes parties du corps.

Mais sur le plan de la représentation, elle dessine spontanément un bonhomme têtard (tête et jambe). Elle peut rajouter à la demande, d'autres éléments corporels sans les relier, ce qui donnera une représentation éclatée.

Marion ne perçoit pas l'inversion de la tête et d'une jambe sur une poupée et se préoccupe uniquement de sa nudité.

L'instrumentation de la zone orale semble fragile et montre un défaut de sphinctérisation. Les tentatives pour souffler provoquent un bavage.

Sur le plan tonique Marion est globalement hypotone avec délai d'adaptation pour passer d'une posture à une autre.

Sur le plan de la communication Marion s'appuie bien sur le langage verbal, mais elle peut parler hors contexte comme si elle était dans son monde. Elle peut aussi

parler de façon mécanique avec des phrases toutes faites. On note quelques écholalies.

Le psychomotricien s'interrogera sur ses capacités cognitives, du fait de difficultés de compréhension des consignes verbales, et parfois de certaines persévérations.

En conclusion, outre les difficultés motrices qui découlent du problème statur pondéral (Marion mesure 1,05 m et pèse 45kg), Marion semble en difficulté sur le plan du développement psychomoteur. Malgré une certaine coopération dans la communication, Marion peut décrocher et s'isoler dans ses propres pensées.

D. Le jeu comme médiation de soin

« Jouer est une expérience toujours créative, une forme fondamentale de la vie. Jouer est une thérapie en soi. » (Winnicott, 1971)

Lors de ses prises en charge mon maître de stage favorise le jeu spontané. Au début de chaque séance le jeune patient est amené à choisir son activité. Lors de la première séance les règles sont posées et régulièrement rappelées : matériel et espace à disposition, retrait des chaussures pour aller sur les tapis, rangement du matériel avant la fin de la séance, interdiction de se faire mal... Mais les enfants disposent finalement d'une assez grande liberté d'action. Certains choisissent des jeux moteurs (grimper, parcours, jeux de lancer, jeux de balles et ballons...), d'autres des jeux de société, et d'autres encore laissent aller toute leur créativité, élaborent des histoires, d'où surgissent parfois certaines de leurs problématiques. Bernard Meurin, psychomotricien du service du Professeur Delion rappelle l'importance du jeu dans les activités de l'enfant :

« Le jeu est une expérience intersubjective, un « faire ensemble » constituant une communauté d'émotion. Pour qu'un enfant puisse partager avec un autre, il faut d'abord qu'il partage de l'émotion, pour arriver à la possibilité d'une attention. Le jeu est un processus de production et de transformation psychique. Le jeu spontané permet une co-création entre le patient et le thérapeute. Je crois que les séances de thérapie sont des espaces de co-création. Nous n'amenons pas l'enfant là où nous pensons qu'il doit aller mais là où il a besoin d'aller. »

Je ferai le choix de présenter toutes les séances que j'ai passé avec Marion pour dérouler le fil conducteur qui a amené la problématique que j'ai choisi de traiter dans ce travail. A chacune des séances, les comportements ou les paroles de Marion

sont venus me questionner davantage et enrichir ma réflexion comme si elle-même voulait nous montrer le chemin. Cependant certains éléments cliniques n'ont pu être éclairés que par les informations fournies dans l'anamnèse, dans le dossier médical, et par les parents malgré leur réticence, peut-être par peur d'être jugés dans leur rôle de parents.

II - Rencontres avec Marion et avec l'obésité

Je voudrais tout d'abord reposer le contexte de la prise en charge de Marion dans le cadre de sa pathologie. L'obésité, comme nous le verrons plus loin est en augmentation dans la population mondiale adulte et chez les enfants. Il me semble important d'attirer l'attention sur la gravité de ses conséquences sur la santé physique et psychologique. Les risques semblent d'autant plus graves que le début de la maladie est précoce, ou que la prise en charge soit tardive. Les atteintes physiologiques sont en effet irréversibles et imposent un contrôle permanent.

A. L'obésité infantile

1. Classification de l'obésité

Dans la classification Internationale (CIM 10), l'obésité est classée parmi les maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques (E 66).

Contrairement à l'anorexie et à la boulimie, l'obésité n'a pas de place dans les troubles des conduites alimentaires répertoriés dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R2000).

L'obésité se distingue de la boulimie par l'absence de conduites visant à contrôler le poids tels les vomissements ou la prise de laxatifs pour lutter contre les effets de l'hyperphagie⁸. L'hyperphagie psychogène, associées à d'autres troubles psychiques est quant à elle répertoriée dans les troubles mentaux. L'observation clinique des enfants et adolescents obèses montre cependant une très grande intrication des troubles psychiques et de l'obésité, soit que celle-ci soit à l'origine de troubles

⁸ Cf. Glossaire

psychiques par les problématiques relationnelles mises en jeu, soit à l'inverse que les troubles psychiques qui trouvent leur origine dans les relations précoces soient à l'origine de l'obésité. (Garandeau, 2004)

Pour cette partie de mon exposé je m'appuierai sur les propos de J.M. Borys et S.Treppoz dans *L'obésité de l'enfant* (2004) et les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

2. Données générales

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁹, l'obésité est de plus en plus répandue, puisque le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. Le surpoids concerne 1,4 milliard de personnes de 20 ans et plus, et 40 millions d'enfants de moins de cinq ans selon les estimations de 2011. 65 % de la population mondiale habitent dans des pays où l'obésité et le surpoids tuent plus que l'insuffisance pondérale. L'OMS précise que l'obésité est évitable¹⁰. Pourtant les chiffres sont inquiétants. Les étiologies sont multiples, plurifactorielles et encore difficiles à déterminer :

« L'obésité de l'enfant étant un phénomène qui préoccupe depuis peu, il n'y a pas de données françaises nationales antérieures aux années quatre-vingt-dix. Un certain nombre de données régionales sont disponibles.

La prévalence de l'obésité chez les enfants de 5 à 12 ans, qui était d'environ de 3 % dans les années soixante, est passée à 6 % dans les années quatre-vingt, à 10 % dans les années quatre-vingt-dix et, actuellement à 15 %. On assiste à une augmentation franche depuis les années soixante.

Le nombre d'enfants obèse double tous les 10 ans.

Les raisons de cette flambée quasi épidémique de l'obésité de l'enfant ne sont pas complètement élucidées. Les gènes n'ont pas changé en dix ans Il s'agit donc de changements environnementaux. Ces changements concernent l'alimentation- dès la conception et durant la petite enfance- puis les comportements alimentaires et sédentaires.

Notre corps a très probablement été programmé à l'origine pour lutter contre le manque de

⁹ OMS Aide Mémoire n° 311, mars 2013 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

¹⁰ Dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée en septembre 2011, il est reconnu qu'il importe au plus haut point de réduire le degré d'exposition de l'individu et des populations à une alimentation malsaine et au manque d'exercice physique.

L'engagement y est pris de promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé élaborée par l'OMS, y compris, le cas échéant, en adoptant de politiques et mesures visant à encourager dans l'ensemble de la population des habitudes alimentaires saines et la pratique accrue d'activités physiques.

nourriture ou notre difficulté à nous en procurer, et survivre dans des conditions précaires. Les cellules sont programmées pour stocker, mais les conditions environnementales ont considérablement changé depuis ces dernières années. » (Borys, Treppoz, 2004)

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (OMS).

Ils se mesurent grâce à l'Indice de Masse Corporelle (IMC), mesure simple du poids par rapport à la taille, où le poids est divisé par le carré de la taille exprimée en kg/m^2 .

Selon l'OMS :

-Le surpoids se définit par un IMC égal ou supérieur à 25.

-L'obésité se définit par un IMC égal ou supérieur à 30.

3. Le diagnostic d'obésité :

Le diagnostic est posé en fonction de la courbe de l'IMC.

C'est la mesure la plus adaptée pour estimer le surpoids ou l'obésité. Chez l'adulte le calcul est le même quel que soit le sexe de l'individu. Il reste cependant une mesure approximative car il ne mesure pas le degré d'adiposité qui est variable d'un individu à l'autre. Chez l'enfant il faut se référer aux courbes de croissance et de corpulence qui se trouvent à la fin des carnets de santé des enfants nés après 1995, (p 78 ou 79 selon le sexe) :

En fonction de la zone où se situe le poids, on parle de:

-corpulence trop basse (poids insuffisant pour la taille) : entre les 3° et 97° centiles ;

-corpulence trop élevée (poids excessif pour la taille) :

- obésité de degré 1 : entre le 97° et le seuil de degré 2,

- obésité de degré 2 : au-dessus du seuil de degré 2.

Il est important de considérer la courbe dans son ensemble, et non la corpulence à un moment donné. Cela permet de voir s'il s'agit d'un rebond précoce d'adiposité qui se confirme, s'il s'agit d'une apparition récente ou au contraire une évolution chronique, ou encore, une amélioration de la situation visualisée par un IMC en diminution, ralentie ou stable. (Borys, Treppoz, 2004)

Si on applique ce calcul dans le cas de Marion, qui mesure 1m38 et pèse 90kg, nous obtenons un IMC : $90 / 1,38^2$ soit IMC de 47, ce qui la place au-dessus du seuil de degré 2. Le recueil des données antérieures m'a permis de tracer certaines courbes qui sont consultables dans les annexes. Dès sa première année, Marion se trouve au dessus du seuil de degré 2. A trois ans, son IMC est en dehors du cadre et la courbe

ne peut plus être tracée.

Les conséquences du surpoids et de l'obésité sont le 5^{ème} facteur de risque de décès dans le monde. Et la cause de décès de 2,8 millions de personnes dans le monde chaque année. C'est le 5^{ème} facteur de risque de décès dans le monde. C'est également un facteur de risque important en ce qui concerne le diabète, les cardiopathies ischémiques¹¹, et certains cancers.

4. Les risques liés à l'obésité de l'enfant :

Selon J.-M. Borys et S. Treppoz (2004), « plus on avance en âge, plus le risque que l'obésité persiste à l'âge adulte est important. » Ils ajoutent que, un enfant sur deux, obèse à 6 ans, le reste à l'âge adulte, deux sur trois à 10 ans. Les conséquences somatiques sont d'autant plus importantes que le surpoids est présent depuis plus longtemps. L'obésité réduit de 13 ans l'espérance de vie d'un jeune adulte.

a- Le retentissement psychosocial

Il existe un véritable risque de stigmatisation par les autres. Il n'est pas rare que dès la maternelle, l'enfant obèse subissent des moqueries, des insultes voire des agressions verbales et même physiques. Les difficultés vestimentaires (adaptation des tailles et des longueurs, choix esthétique...) viennent souvent nourrir le mal être et la stigmatisation. On observe alors des conséquences psychologiques, telles une mauvaise estime de soi, des troubles anxieux et dépressifs. Différents troubles du comportement peuvent apparaître en réaction à l'environnement, allant du repli sur soi à l'agressivité en passant par des comportements sur-adaptés qui leurrent l'entourage mais maintiennent l'enfant dans une sorte de solitude de fond. L'enfant peut alors chercher un réconfort dans la nourriture, ce qui n'est pas sans évoquer les échanges intenses des premiers mois, la recherche d'une source de plaisir et d'apaisement. Ce réconfort passager vient aggraver la situation. L'obésité est un véritable handicap social.

L'obésité est également un handicap pour le sport. L'activité motrice est effectivement rendue plus difficile par le poids à porter, l'entrave des

¹¹ Cf. Glossaire

mouvements, les douleurs articulaires et les frottements entre les cuisses par exemple. Les enfants obèses sont souvent considérés comme paresseux ou non volontaires et responsables de leur propre mal-être. Dans la cour de récréation, ils sont mis à l'écart ou relégués dans des rôles qui risquent moins de perturber la réussite du groupe. Les activités de piscine qui pourraient être recommandée pour les enfants en situation de surpoids sont évitées parce qu'elles nécessitent de se déshabiller devant les autres et donc de montrer son corps. Les conséquences sociales et psychologiques de l'obésité sont à prendre au sérieux. En effet selon J.-M. Borys et S. Treppoz (2004), même si aucun chiffre ne vient confirmer une augmentation des risques dépressifs chez les enfants obèses, il ne faut pas sous-estimer cette possibilité qui ne semble peut-être pas assez prise en compte actuellement : tristesse, image de soi négative, relations sociales en diminution, sommeil perturbé, agressivité, irritabilité, investissement scolaire et social réduit, anxiété...

b- Les complications somatiques

- Les complications orthopédiques : Elles sont dues au retentissement d'un poids excessif sur les articulations : *genu valgum*¹², anomalies de la statique verticale, douleurs lombaires, gonalgies, entorses des chevilles, pathologies diverses de l'articulation coxo-fémorale...
- Les complications respiratoires : Gène à l'effort, difficulté à maintenir l'effort à l'endurance, des apnées du sommeil, prédisposition à l'asthme et à l'hyperréactivité bronchique.
- Les complications métaboliques et vasculaires : L'obésité des enfants prépare le terrain des risques cardio-vasculaires chez l'adulte obèse : Hyperinsulinisme et insulino-résistance, élévation de la pression artérielle, voire hypertension artérielle, hyper-triglycéridémie et baisse du HDL-cholestérol, particules LDL petites et denses, anomalies de la coagulation... Des diabètes de type 2 ont déjà été constaté chez certains enfants et sont fréquents à l'adolescence. Les lésions artérielles précoces détectées chez l'enfant obèse persisteraient quel que soit l'évolution de la corpulence.
- Les complications endocriniennes : On peut observer :
 - Une adipo-gynécomastie : développement de la glande mammaire associée à une accumulation de graisse au niveau du sein chez l'homme ou le garçon.
 - Un pseudo-micro pénis : Le pénis est caché par la masse graisseuse accumulée au niveau du ventre.
 - Un hirsutisme : apparition de poils dans des zones normalement glabre chez la femme.

¹² Cf. Glossaire.

- Troubles des règles chez les adolescentes
- Précocité de la puberté et de l'apparition des règles
- Irrégularités mensuelles, aggravées d'hyperinsulinisme.
- Les complications cutanées :
 - Apparition de vergetures à la racine des membres sur les seins, les fesses et l'abdomen.
 - Parfois acné sévère avec hyperinsulinisme
 - Des frottements et macérations des plis qui conduisent parfois à des lésions puis à des surinfections (mycoses fréquentes, eczématisation...) On observe également des frottements au niveau des cuisses.
 - Souvent une sudation excessive vient majorer les risques de macération et surinfection.

c- Complications à long terme :

- Le syndrome métabolique : facteur de risque majeur de diabète, de maladies cardiovasculaires, et est associé à un risque accru de cancer.
- Le diabète de type 2 : L'obésité en est le principal facteur de risque. Ce type de diabète apparaît chez les adolescents ayant plusieurs années d'obésité sévère derrière eux.
- Complications cardiovasculaires
- Complications digestives : reflux gastro-œsophagiens, stéatose hépatique, lithiases biliaires.
- Complications veineuses : varices, maladies thromboemboliques.
- Complications cutanées ; dermo-épidermite bactérienne, mycoses, érypsèle.
- Cancers : mammaires, colorectal, de l'endomètre,...
- Complications articulaires : gonarthrose, coxarthrose, lombalgies d'origine discale.
- Complications gynécologiques : Troubles menstruels, ovaires micro-poly kystiques, risque d'hypofertilité, risque de diabète gestationnel, complications obstétricales à l'accouchement.
- Complications respiratoires : apnées du sommeil, avec complication cardiovasculaires, traitement par ventilation nasale.
- Complications psychologiques : syndrome dépressif, troubles du comportement alimentaire, qualité de vie dégradée.
- Complications psychosociale : stigmatisation sociale, difficulté d'accès à l'enseignement supérieur, difficulté d'accès à l'emploi, et à la promotion professionnelle et sociale.

Selon l'OMS :

« Le risque de contracter une maladie non transmissible augmente avec l'élévation de l'IMC. L'obésité de l'enfant est associée à un risque accru de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte. Mais en dehors de ces risques futurs l'obésité entraîne chez l'enfant des difficultés respiratoires, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, l'apparition des premiers marqueurs de maladies cardiovasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques. »

Cette énumération, loin d'être exhaustive mais très fastidieuse a pour but d'appuyer sur la gravité de l'obésité et de ses conséquences et par conséquent d'attirer l'attention sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire précoce.

5. Les causes de l'obésité:

Elles sont importantes à prendre en compte car les prises en charge vont dépendre du diagnostic.

C'est le déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées qui est responsable de l'apparition du surpoids et de l'obésité. Au niveau mondial on assiste à une plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses ; On constate également une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation.

L'évolution des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique sont souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux liés au développement et d'un manque de politiques de soutien dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'industrie agroalimentaire, la distribution, le marketing et l'éducation. Cependant il existe des déterminants génétiques et hormonaux. Les conditions nutritionnelles durant la vie fœtale peut éventuellement jouer un rôle favorisant majeur dans l'apparition et le maintien des obésités les plus sévères. (Garandeau, 2004)

Nous distinguerons les obésités communes ou primaires et les obésités secondaires.

a- Obésités communes :

Aussi appelée obésités dites « primaires », ce sont des obésités pour lesquelles aucune pathologie responsable de la situation n'est visible à ce jour. Ce sont les plus courantes.

Si la taille est normale ou supérieur et ne présente pas de ralentissement, ou si la courbe de taille suit régulièrement celle qui rejoint la taille cible parentale ou

TCP¹³, il s'agit très certainement d'une obésité commune.

Les autres éléments rassurants sont les suivants :

- absence de retard mental
- pas de dysmorphie visible
- absence de signes évocateurs de pathologie sous-jacente : vergetures pourpres et HTA de l'hypercorticisme, anomalies des organes génitaux externes, déficit sensoriel...)
- Pas d'hypotonie majeure à la naissance
- L'enfant ne prend pas de façon chronique de médicaments tels que corticoïdes à hautes doses...

b- Obésités secondaires

On peut citer des obésités secondaires à :

- une pathologie organique sous-jacente, le plus souvent endocrinienne, comme l'hypercorticisme, l'hypothyroïdie, un déficit en hormone de croissance, ou neurologique, le plus souvent des lésions hypothalamo-hypophysaires, tumeurs... Elles se caractérisent par une hyperphagie majeure sans satiété, une brutalité d'installation, des manifestations neurologiques. Ces signes doivent conduire à une investigation par imagerie cérébrale.
- une cause génétique :
 - Les obésités syndromiques : (Prader Willi, ostéodystrophie d'Albright, Bardet-Biedl, Cohen...
 - Les obésités isolées : on a décrit plus récemment des obésités liées à des mutations géniques de gènes codant le plus souvent des protéines impliquée dans la régulation de l'appétit. Elles se caractérisent par un début très précoce (avant l'âge d'un an ou trois ans) associé à une croissance normale et une hyperphagie.

Dans le cas de Marion, il y a eu une hypotonie majeure à la naissance et il a été constaté un déficit en hormone de croissance. Ces éléments ont conduit à une recherche d'un syndrome de Prader Willi, mais celui-ci n'a pas été confirmé, et à

¹³ TCP = [taille du père + taille de la mère] divisé par 2, auquel on ajoute 6,5cm pour un garçon et on enlève 6,5 cm pour une fille

ce jour aucune étiologie précise n'a été retenue.

6. La prise en charge

Elle va très souvent être pluridisciplinaire : nutritionniste, endocrinologue, pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, éventuellement ergothérapeute...

Les objectifs doivent être accessibles et raisonnables pour ne provoquer ni découragement ni exagération d'un comportement. Les objectifs doivent s'inscrire dans la durée pour que se mettent en place de nouvelles habitudes de vie. Une précipitation pour entraîner une perte de poids rapide malheureusement fréquemment suivie d'une reprise, cause de découragement.

La modification des comportements et du mode de vie implique une adhésion et un investissement parental difficilement contournable : le parent sert de modèle au quotidien, ses messages se doivent d'être positifs, encourageants et de préférence constants d'un jour à l'autre. Il est souhaitable d'encourager et de féliciter l'enfant au quotidien. L'ensemble des conseils délivrés aux parents s'appliquent idéalement à toute la famille pour ne pas stigmatiser l'enfant et lui permettre de trouver des modèles parmi les siens.

Il est donc très important de convaincre les parents de l'intérêt d'une prise en charge. Ils doivent en particulier être conscients des risques encourus par leur enfant en cas d'obésité, mais il faut être vigilant à ce que leur inquiétude ne vienne pas induire en eux un comportement excessif perturbant pour l'enfant. Très souvent dans un premier temps, une stabilisation du poids c'est déjà maigrir pour un enfant qui grandit.

L'implication de l'enfant ou de l'adolescent dépendra de son âge, de sa demande, de sa conscience de ses difficultés.

Chez l'enfant de moins de 10 ans, c'est aux parents qu'incombe les décisions concernant sa santé mais aussi la gestion du quotidien : C'est l'adulte qui gère le choix des achats, le contenu et les heures du repas, le temps accordé à la télévision ou aux jeux vidéo, le temps passé à jouer dehors, les promenades...

Il est parfois nécessaire de repositionner les parents face à ces démarches qui sont de leur ressort et leur rappeler l'importance du « Non » dans la construction des enfants. (Borys, Treppoz, 2004)

Chez l'adolescent, son implication volontaire est vraiment nécessaire. Il convient

donc de lui laisser le temps de comprendre les enjeux de la situation, et de lui laisser l'opportunité de recontacter un interlocuteur, sécurisant.

Au sein de cette prise en charge de l'enfant et de son entourage différentes recommandations et conseils seront délivrés concernant :

- Le choix de l'alimentation (lire les étiquettes, faire participer l'enfant, les proportions, éviter les boissons sucrées, favoriser les légumes, limiter les aliments denses en énergie, surveiller les assaisonnements...),
- L'organisation des repas (sans télévision, horaires réguliers, manger lentement, éviter les prises inter prandiales, l'aliment récompense, l'aliment contre l'ennui...),
- L'activité physique (pratique régulière, accompagnement des parents, choix ouvert des pratiques, éviter les dispenses de sport sauf si elles sont nécessaires psychologiquement...)
- Lutte contre la sédentarité (éviter les ascenseurs, favoriser la marche, proposer une alternative aux écrans, garder le contrôle des activités, si possible éviter de laisser l'enfant seul face à lui-même...)

Selon l'OMS, chacun peut veiller à:

- *limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses totales et de sucres;*
- *consommer davantage de fruits et légumes, de légumineuses, de céréales complètes et de noix;*
- *avoir une activité physique régulière (60 minutes par jour pour un enfant et 150 minutes par semaine pour un adulte).*

B. La prise en charge de Marion en psychomotricité

Avant la séance, le psychomotricien me présente Marion comme une petite fille en grande surcharge pondérale, pour qui un syndrome de Prader-Willi a été évoqué. Les axes de prise en charge sont orientés principalement vers la motricité générale, dans un objectif de remise en mouvement du corps avec plaisir associée à un travail relationnel.

1. Mettre son corps en mouvement

Je rencontre donc Marion pour la première fois le 28 septembre 2013, dans la salle d'attente, avec son papa.

Une partie de l'espace est aménagée en coin-jeu. Quand nous venons la chercher avec le psychomotricien, elle porte deux baigneurs, un dans chaque bras. Pendant que le psychomotricien parle un instant avec son père, je fais brièvement connaissance avec Marion. Elle est complètement investie dans son jeu avec les deux poupées. « Ses deux bébés » sont nés il n'y a pas longtemps, me dit-elle. Je lui fais remarquer qu'ils ont l'air bien sage. Elle me répond que ça se passe bien, qu'ils sont gentils. Sur le mode du secret, elle me confie qu'elle voudrait les emporter dans la salle de psychomotricité. Elle ne veut pas les laisser. Je suis touchée par l'expression réaliste des sentiments qu'elle semble exprimer à l'égard de ces deux poupées. Le psychomotricien lui explique que cela n'est pas possible, les jouets de la salle d'attente y restent, c'est la règle! D'autres enfants pourraient arriver et en avoir besoin. Et puis, il y a des poupées dans la salle de psychomotricité. Marion accepte finalement la loi, et nous descendons tous les trois les escaliers pour rejoindre la salle. Mais elle est très contrariée et ronchonne. La descente est difficile. Je constate son importante surcharge pondérale et les difficultés qui en découlent. Je n'imaginai pas une petite fille de sept ans avec un poids de quatre-vingt kilogrammes! Chaque marche descendue est en fait une chute de son corps sur le pied de réception, faisant trembler toutes les masses musculaires. Ses bras s'écartent de son corps, gênés par l'épaisseur de son buste. Jusqu'à la porte j'observe une marche pesante et dandinante qui mobilise ses fessiers. Ses chevilles sont très épaisses, elles ont besoin de chaussures orthopédiques pour les aider à se maintenir sous le poids de son corps. Marion est habillée d'un caleçon et d'un pull un peu large qui cache tant bien que mal ses formes. Elle est très contrariée et ne veut rien faire puisqu'elle n'a pu descendre ses poupées. Elle ne veut absolument pas jouer avec celles du placard :

« Elles ne sont vraiment pas belles ! »

Marion s'assoit lourdement dans l'espace délimité d'une planche qui lui sert habituellement de repère, adossée au mur.

« Tu as raison, on ne va rien faire », répond le psychomotricien en s'asseyant à côté d'elle. C'est ma première journée de stage et mon premier contact avec Marion. Cette entrée en matière ne me convient pas et me met presque mal à l'aise. J'ai envie qu'il se passe quelque chose. J'essaye d'intervenir en lui proposant de me montrer ces fameuses poupées qu'elle trouve « très moches », mais que je ne

connais pas. Je lui dis que j'aimerais comprendre son refus de jouer avec. Je finis par la convaincre. Effectivement, elles ne sont pas « terribles », en tous cas moins jolies que les baigneurs de la salle d'attente. Je l'écoute argumenter avec pertinence :

« Regarde ces cheveux! » me dit-elle, « et ses vêtements ne lui vont pas. Qu'est-ce que tu veux que je fasse avec ça! »

Tout est dit. Je la regarde. Elle a un très joli visage, un peu rond avec une peau mate impeccable et rosée, des yeux marron plein de détermination et une bouche bien dessinée sur laquelle s'affiche son air boudeur. Elle semble un peu grande pour ses sept ans, ce qui répartit le surpoids! Ses mains semblent courtes et très potelées, leur limite avec l'avant-bras est marquée par un pli profond. Je refuse de renoncer.

« Il y a certainement autre chose que l'on pourrait faire ici. Je ne sais pas ce qu'il y a dans cette salle, dans les armoires. Tu pourrais peut-être me montrer. Que fais-tu d'habitude? »

« Je veux bien te montrer, mais... » Dit-elle en soupirant.

Elle semble me dire que c'est peine perdue! Elle propose finalement de sortir les instruments de musique. Elle les connaît bien. Marion apparemment aime bien la musique. Nous les nommons et les essayons tous. Le psychomotricien et moi l'accompagnons dans ses productions avec d'autres instruments et avec nos mains. Toute la boîte y passe! Manifestement Marion peut se tenir à une activité. Nous finissons par les castagnettes, et les grelots que nous lui accrochons à ses vêtements. Je lui propose de danser, ce qu'elle accepte. Nous nous mettons à deux pour l'aider à se relever. Effectivement, Marion danse. Ses mains ont un mouvement harmonieux, et elle arrive un peu à soulever ses pieds. Elle a plaisir à danser et son visage prend des couleurs. Comme la séance se termine, nous rangeons les instruments. Je m'apprête à lui enlever les grelots mais le psychomotricien m'arrête dans mon geste. Elle peut le faire seule. C'est une première leçon pour moi: ne pas faire à la place des patients ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes. Notre premier objectif thérapeutique est une quête vers l'autonomie. La fin de la séance est consacrée à un moment plus calme autour d'un puzzle. Marion s'exprime bien et semble bien raisonner, même si elle ne semble pas utiliser complètement la prise d'indices nécessaire pour placer les pièces.

2. Intrusion dans la relation thérapeutique

A la séance suivante, en octobre, Marion est venue avec un chien en peluche qui aboie. Marion viendra pratiquement à chaque fois avec quelque chose de chez elle. Comme à son habitude Marion s'assoit sur la planche. Elle remarque une flûte à piston posée sur l'évier et demande à l'essayer. Marion demande à refaire comme la fois précédente: que nous la regardions et l'écoutions jouer de la musique! Le psychomotricien objecte qu'il risque de s'ennuyer et propose que nous essayions toutes les deux de reconnaître les instruments qu'il utilise. Mais Marion se lasse, même en essayant de mettre les instruments en double pour qu'au lieu de les nommer, elle reproduise le son. Elle veut jouer à la jungle. Elle accepte de ranger elle-même les instruments de musique, ce qui lui demande l'effort de se mettre à quatre pattes. Le psychomotricien lui demande d'expliquer l'histoire qu'elle veut mettre en place. Dans le jeu symbolique, il sollicite les jeunes patients pour que ceux-ci construisent à minima leur histoire. Marion veut construire une cabane. Le psychomotricien est un chasseur qui la protège des bêtes sauvages qui viennent la menacer dans sa cabane. Moi, je suis le crocodile qui vient justement l'attaquer. Marion est-elle en train d'évoquer mon intrusion dans sa relation thérapeutique avec le psychomotricien ? Le crocodile se fait tuer. Je deviens tour à tour serpent puis singe, mais ce dernier n'est pas intéressant, car il ne fait pas peur! Marion nous explique qu'elle est déçue que la séance se termine. Nous lui signifions que nous nous retrouverons la fois prochaine.

3. Toucher le corps obèse

Mais à la séance suivante Marion boude. Elle semble très en colère au point de refuser de venir, et il faut toute la contenance et la fermeté du psychomotricien pour qu'elle nous suive. Finalement elle descend très rapidement l'escalier en le faisant trembler et se retourne pour nous tirer la langue. Dans la salle elle nous explique que son goûter n'était pas à son goût: Sa maman lui avait préparé des clémentines et elle voulait deux gâteaux au chocolat. C'est l'occasion de tenter de lui parler de ce qu'elle peut ou non manger. Mais elle évite la conversation et nous demande de rejouer l'histoire de la fois précédente dans la jungle. Le jeu consiste

essentiellement à fuir les animaux et à trouver refuge dans la maison. Finalement les animaux deviennent ses amis et elle les câline en les prenant dans ses bras. A ce moment Marion semble basculer dans son histoire, sort de la réalité, s'adresse aux animaux comme s'ils étaient réels, comme elle le faisait avec les deux baigneurs. Elle les embrasse sur la bouche. Je perçois cette intrusion du monde imaginaire dans le réel. Il me semble l'avoir perdue. Pour la récupérer je la sollicite d'avantage avec la peluche que je tiens dans la main mais je ne fais que la pousser un peu plus dans son imaginaire. Nous avons un peu de mal à l'extraire de son histoire et elle a également des difficultés pour en sortir! Le psychomotricien me fait remarquer que mon intervention lui a évoqué l'empressement des mamans des jeunes autistes qui tentent désespérément d'entrer au contact de leur enfant alors que celui-ci se replie davantage sur lui-même. A plusieurs reprises, tout au long de cette prise en charge, Marion semblera perdre le contact avec le réel et basculer complètement dans l'imaginaire de son histoire. Cela fait trois séances que je la vois, mais je n'arrive pas encore à organiser ma pensée à son sujet. Son surpoids m'interpelle ainsi que son activité motrice. Mais je ne sais que faire avec ce corps. Je me demande aussi comment elle se perçoit. Quelle conscience de son schéma corporel a-t-elle? Je fais remarquer au psychomotricien que j'ai beaucoup de mal à la toucher. Il fait le même constat pour lui-même. Quelle en est la raison? Notre profession se caractérise en particulier par ce rapport au corps et utilise beaucoup le toucher thérapeutique. Je me demande si nous n'osons pas la toucher parce que son corps nous évoque celui d'une adolescente aux formes naissantes? A moins que nous ayons peur, en la touchant, de lui évoquer ses limites corporelles, et donc qu'elle prenne conscience de sa « monstruosité ». Oui ce corps déformé fait peur. La prise de conscience de ma réticence à l'égard de ce contact corporel m'incite justement à travailler cette piste. Marion va venir nourrir ma pensée au fil des séances.

4. Enfin Marion parle « corps »

Marion est absente la semaine suivante. Sa grand-mère paternelle est décédée. L'évènement ne sera pas commenté. Nous ne savons pas s'il y avait un quelconque attachement avec cette personne. La séance suivante en novembre, Marion prend

deux puzzles: l'un représente un garçon, sur deux niveaux. Soit il porte des vêtements, soit il est déshabillé, le second puzzle, sur le même principe représente une fille. Je suis étonnée de ce choix, moi qui me demandais ce qu'elle connaissait de son schéma corporel, elle m'apporte ici de quoi avoir des réponses. Je la laisse commencer seule. En réalité elle ne semble pas avoir de difficulté majeure. Elle peut évoquer la tête, le cou, le ventre, les bras, les mains, les jambes, les pieds. Elle a peut-être plus de lacunes au niveau des articulations. Elle a des difficultés pour placer les bras et les jambes en respectant la latéralité. Elle ne fait pas d'essai-erreur pour placer ces éléments. Nous devons l'aider. J'en profite pour évoquer son propre corps en le touchant. Elle semble étonnée et un peu gênée de cette proposition. J'ai fait une erreur, je ne l'ai pas prévenue de mes gestes et je ne lui ai pas demandé son avis! Cependant elle ne semble pas vraiment tenir compte de cette évocation de son corps. Elle continue son puzzle. Soudain elle demande s'il reste suffisamment de temps pour jouer de nouveau à la jungle. Nous insistons pour finir ce qui est commencé. Puis Marion se décide finalement pour un jeu de cache-cache. Le psychomotricien doit la chercher et moi, je dois l'aider à se cacher. Ce qui n'est pas une mince affaire ! Alors que je lui propose de se cacher sous la toupie¹⁴, elle me dit « je suis trop petite ». Est-ce un lapsus? Il est vrai qu'elle ne peut être entièrement cachée par cet objet. En réalité dans cette salle il va être difficile de la cacher vraiment. Pour tromper le psychomotricien je lui propose de mettre en place des fausses cachettes, pour qu'il cherche davantage. Quand c'est à mon tour de chercher, Marion s'est cachée sous un drap posé sur une table. Je finis par la découvrir. Alors qu'elle avance sa tête cachée par le drap, je l'attrape et lui masse le crâne doucement. Elle semble apprécier cet instant. Elle sort ensuite avec quelques difficultés motrices de sous la table et manifeste sa tristesse de voir la séance se terminer. Comme nous remettons nos chaussures elle me demande combien je pèse. Je ne sais quoi répondre et fait mine de n'avoir pas entendu. Cela fait certes partie de ma vie privée mais surtout, une fois encore j'ai peur qu'elle soit effrayée par notre différence de poids. Le psychomotricien vient à mon aide et lui demande de reposer sa question qu'elle répète mot pour mot: « Combien tu pèses? ». « Je ne sais pas » dit-il, « Et toi sais-tu combien tu pèses? » Elle répond: « Quatre-vingt-dix kilos! ». Elle pèse dix kilos

14 Cf. Glossaire

de plus que ce que nous avons évoqué. Elle dit que c'est parce qu'elle mange trop de sucre!

Marion évoque enfin son poids trop élevé. Manifestement c'est en voyant mon propre corps que cette question lui est venue à l'esprit. Je n'ai pas su lui répondre seule, j'aurais peut-être dû ? Je n'ai pas eu confiance dans sa capacité à assumer ma réponse et les réflexions qu'elle aurait pu mener. Pourtant c'est elle qui posait la question et elle attendait une réponse. Pour qu'elle puisse aussi être actrice de l'amélioration de son état, il faudra qu'elle en prenne conscience et qu'elle ait le désir d'y remédier. Car son état est inquiétant. Même si la surcharge pondérale est due à une possible cause génétique, il est également indéniable qu'il est nécessaire d'agir pour que son poids n'augmente pas davantage. Nous avons vu précédemment (Cf. supra p.17) que les conséquences de l'obésité infantile ne sont pas anodines et qu'une prise en charge précoce est nécessaire.

5. Emergence de la problématique

Au regard du suivi de Marion et de sa famille depuis sa naissance, suite aux difficultés pré et néonatales. (cf. supra p.11 : anamnèse) sa situation clinique semble incompréhensible. La prise en charge en CMP témoigne d'un suivi par un pédopsychiatre. Les examens médicaux semblent réguliers, y compris en endocrinologie, et pourtant, le poids de Marion loin de se stabiliser semble plutôt augmenter. Aux dires des parents de Marion, la situation semble inéluctable. Elle n'aurait pas besoin de régime. Et ses parents, tous deux dans la restauration, se défendent en disant qu'ils savent ce qui est bon pour elle. Or nous avons vu que la coopération des parents est fondamentalement nécessaire dans la prise en charge de l'obésité infantile. Le sujet semble difficile à évoquer pour ses parents et pour Marion. La prise en charge en psychomotricité est le seul suivi régulier au CMP. Marion semble livrée pieds et poings liés à sa pathologie. Elle n'a que sept ans. La maltraitance pour manque de soins adaptés a été ponctuellement évoquée, mais il ne semble pas y avoir eu de suite. La famille n'est-elle pas aidée ou refuse-t-elle l'aide qu'on lui propose ? Le cas de Marion m'interpelle, me fascine et m'intéresse. Malgré la présence attentive de son père quand il l'amène en consultation au CMP, je ne la sens pas soutenue. Madame qui travaille le jour de la consultation ne vient

jamais prendre des nouvelles du suivi. Les difficultés scolaires sont principalement mises en avant. La situation est difficile et il se peut que les parents soient démunis face à la tâche à entreprendre : reprendre tout en main, changer les habitudes de vie, changer de discours,... Autant de remises en questions sont difficiles à faire pour des parents pris dans le rythme soutenu d'une vie professionnelle et familiale avec deux enfants. Il est peut-être nécessaire que ces parents passent par une reconnaissance de la situation avant d'accepter de modifier certains éléments de leur mode de vie. Le suivi de la famille avec la pédopsychiatre référente n'est peut-être pas suffisant.

Dans la prise en charge thérapeutique, il est nécessaire de s'appuyer sur les éléments d'anamnèse, sur les éléments recueillis lors des bilans, mais il est surtout très important d'observer ce que le patient donne à voir. Il revient au thérapeute de percevoir, de comprendre, de transformer les informations puis de permettre au patient de se les approprier sous une nouvelle forme pour que la symbolisation puis la mise en mots soient possible. (Potel C., 2010, p 340)

A la relecture des premières séances, certains éléments viennent nourrir ma réflexion. Chaque fois que nous venons chercher Marion dans la salle d'attente, elle joue avec les baigneurs et elle les porte, dans ses bras, comme la toute première fois. Qu'essaye-t-elle de signifier ainsi ? Cela semble important pour elle. Elle joue son personnage jusqu'au bout en posant les poupées délicatement, tout en leur parlant, elle les installe confortablement. Je rapproche cette observation du constat que j'avais fait précédemment de ne pouvoir la toucher. C'est à cette étape de ma réflexion que ma question principale a pris forme : « Comment peut-on être porté quand on a sept ans et qu'on pèse quatre-vingt-dix kilos ? » Même si un enfant de cet âge n'a plus besoin d'être porté aussi souvent qu'un tout-petit qui ne peut marcher, il peut l'être occasionnellement, sur les épaules de son père, ou dans les jeux ; il peut aussi s'asseoir sur les genoux pour écouter une histoire ou être câliné...Je ne pense pas que Marion puisse s'asseoir sur les genoux de ses parents. Je pense qu'elle ne peut avoir accès aux jeux pour enfants dans les squares. L'utilisation du matériel pour enfants, comme certaines balançoires qui procurent des sensations vestibulaires, ne lui est pas permise. Combien de plaisirs lui sont-ils interdits ? Il me semble que du fait de son obésité un grand nombre d'expériences tactiles, vestibulaires et proprioceptives ne lui sont pas accessibles.

Ces questions m'ont renvoyé à deux auteurs : Donald D. Winnicott pour ses notions de « holding et de handling », ainsi que leur importance dans le développement de l'enfant, et Didier Anzieu qui dans le *Moi- peau* (1985), qui s'appuie sur Winnicott (1962) pour expliquer que la fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel. Pour Anzieu (1985, p 97), le Moi-peau :

« ...est une partie de la mère -particulièrement ses mains- qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner, du moins pendant la veille, tout comme la mère maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité. »

Nous verrons dans la deuxième partie les bénéfices du portage, et les effets du holding dans le développement de l'enfant (Cf. infra p.63).

Nous verrons aussi comment les difficultés pré et néo natales ont pu affecter la mise en place d'un accordage suffisant entre Marion et sa maman, pour que les soins donnés par cette dernière soient suffisamment adaptés aux besoins de Marion.

Cependant pour Winnicott, même s'il donne une très grande importance aux soins des premiers mois qui suivent la naissance, ceux-ci continuent d'être nécessaires dans la suite du développement, et bien plus tard :

« ...les soins que nous offrons continuent à être importants lorsque l'enfant grandit. Ils ne cessent, en fait jamais de l'être et ils rejoignent ceux auxquels s'intéressent les personnes qui s'occupent des gens âgés. Autrement dit, il nous sera utile d'étudier les besoins des nourrissons et de les traduire en un langage approprié à tous les âges...

Dans tous ces cas, celui de l'enfant normal, du nourrisson, du malade mental, du paraplégique ou de l'infirmes, les soins favorisent la tendance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane frontière qui sépare le moi du non-moi. » (Winnicott, 1974, P 25-26)

Les soins que nous donnons à notre corps ou que nous recevons des autres nous permettent d'avoir une conscience corporelle propre à favoriser les ressentis de la limite entre le moi et le non-moi. Il me semble donc que les bases d'une première construction identitaire s'appuie sur des ressentis moins accessibles à Marion du fait de ses problèmes de santé. Cela risque-t-il d'avoir un impact sur la construction de sa personnalité. Malgré ces constats, pourra-t-elle se construire une identité suffisamment solide pour qu'elle puisse s'auto-porter ?

Ainsi comme nous le verrons au fil des séances Marion semble montrer son besoin de recevoir des appuis rassurants pour pouvoir mettre son corps en mouvement. Elle montrera également un besoin important d'être soutenue psychiquement, ce qui nous laisse entrevoir combien elle a pu être affectée par un certain manque.

6. Sentir le corps pour le représenter : « Ne me laisse pas tomber »

Pour la séance suivante, comme jusque-là il est difficile d'obtenir une trace écrite de la part de Marion, j'aimerais qu'elle fasse un dessin du bonhomme pour que je puisse évaluer l'image qu'elle se fait de son corps. Nous la retrouvons dans le coin jeu avec les deux poupées qu'elle installe confortablement avant de nous rejoindre sans poser de problème. Alors que je m'attendais à lui proposer de faire un dessin du bonhomme en fin de séance, Marion en descendant les marches, nous explique qu'elle a décidé de dessiner. Elle veut faire le portrait du psychomotricien avec le matériel qu'elle a apporté! Nous nous regardons avec étonnement. Est-ce une simple coïncidence? A la dernière marche, elle est très fière de nous montrer, qu'elle peut sauter. Elle sautille en se dirigeant vers la salle de psychomotricité, ce qui n'est pas un exercice facile pour elle. Tout son corps est secoué mais elle semble heureuse de nous montrer cette nouvelle façon d'être, comme si elle avait décidé de se remettre en mouvement. Elle pose son sac de crayons et papiers sur la table et d'emblée enlève ses chaussures. Elle a envie de grimper à l'espalier. Elle se précipite en prenant à peine le temps d'enlever la deuxième chaussure. Le psychomotricien lui fait remarquer que si elle veut dessiner, il serait préférable qu'elle s'installe à la table. Elle s'arrête net, ne dit rien et nous regarde tour à tour. Je viens à son secours en suggérant qu'elle a peut-être envie de grimper avant de dessiner. Je me dis qu'il peut être intéressant pour elle d'avoir accès à des sensations corporelles avant de représenter le corps. Son sourire revient, elle se remet en mouvement et grimpe les deux premiers barreaux d'un espalier à l'intérieur de la structure à grimper. Je me positionne derrière elle, moins pour parer, je ne sais comment, une éventuelle chute que pour lui faire ressentir ma présence sécurisante. Le psychomotricien se positionne devant elle, pour l'encourager. Au deuxième barreau elle s'arrête et nous dit qu'elle a peur. Le psychomotricien rebondit tout de suite en faisant le lien avec notre réflexion à

propos de Marion sur sa difficulté voire l'impossibilité à être portée :

« Tu es peut-être en train de nous dire que tu voudrais que l'on te soutienne comme ces deux poupées que tu portes dans tes bras dans la salle d'attente. Cela avait vraiment l'air très important pour toi. »

Elle ne répond pas, nous regarde et nous réaffirme sa peur. Il la rassure et lui dit que comme je suis derrière elle, je ne la laisserai pas tomber. Je lui signifie ma présence par la voix et lui explique que je vais mettre mes mains dans son dos puis tout mon corps pour qu'elle se sente en sécurité. J'attrape les barreaux de chaque côté de son corps pour faire une contenance. Elle demande à descendre et je l'aide un pied après l'autre. C'est vraiment un exercice difficile pour elle. Son corps l'empêche de voir en dessous et ses articulations ont une faible amplitude. Je ne peux pas prendre le risque de lui faire éloigner son corps de l'espalier pour mieux visualiser ses appuis, ce sera plus compliqué pour moi de la retenir. Arrivée en bas, elle me serre dans ses bras. J'étais là quand elle a eu besoin de moi.

Ensuite elle s'attèle à son dessin. Elle commence par la tête qui remplit toute la feuille, s'applique pour les détails même si les traits ne sont pas aussi précis que ce que l'on attendrait pour une enfant de cet âge. Elle prend le temps en particulier pour les yeux, les cils et les sourcils, quelques traits sur la tête pour les cheveux, c'est vrai le psychomotricien n'en n'a pas beaucoup ! Elle dessine ensuite le nez, la barbe, la bouche, que je pensais être une moustache, est étroite et contient des dents pointues. Elle rajoute des oreilles très rondes et enfin des lunettes. Elle ébauche comme un cou qu'elle recouvre de barbe. Puis elle hésite et semble perturbée pour représenter ce qu'il y a en dessous de la tête. Elle ne sait pas comment accrocher les épaules qu'elle ébauche comme une cape, ni les bras. Nous lui proposons de coller une deuxième feuille sous la première. Elle finit par accrocher deux tout petits bras sous la cape. Au bout d'un simple trait elle représente la main d'un rond avec quelques petits traits pour les doigts comme un petit soleil. Elle raccroche ensuite approximativement un corps en une pièce d'où émerge des jambes faites d'un trait prolongé de pieds en forme de soleil. Elle rajoute une ceinture seul élément vestimentaire. Elle représente l'espace de la salle de psychomotricité par un bureau sur lequel est posé un ordinateur. Elle rajoute des petits cœurs, pour moi ! Au moment de se séparer Marion veut

recupérer son dessin pour refaire le même chez elle. C'est la règle, rien de ce qui est fait en séance ne peut sortir. Notre refus provoque beaucoup de frustration, mais nous restons sur notre position, tout en regrettant de n'avoir pas précisé la règle auparavant. Le psychomotricien fait une photo de son dessin qu'il envoie sur la messagerie familiale. Marion est contrariée. Les séparations en fin de séance sont souvent difficiles.

7. Besoin ou excès d'adhésivité

La séance suivante Marion saute de nouveau la dernière marche et « sautille » jusqu'à la salle. Elle évoque les Etats-Unis sur lesquels elle a vu un documentaire et voudrait créer une histoire autour de ce thème. Nous évoquons les indiens et les cow-boys, mais aussi l'histoire de Pocahontas. Marion adopte ce personnage. Elle demandera à ses parents de voir le film. Dans son histoire, je serai sa mère et le psychomotricien sera un cow-boy qui va tenter de la kidnapper. Bien sûr je devrai la protéger. Je profite du thème pour la lancer dans une danse autour du feu en chantant. Marion investit pleinement le mouvement et y met toute son énergie, ce qui est très positif, et qui répond aux objectifs de prise en charge. Cependant lors de cette séance je commets quelques erreurs. Pas assez aguerrie dans cette pratique thérapeutique et très investie dans mon interprétation d'une problématique de besoin de portage et de soutien pour Marion, j'en oublie d'être à l'écoute des propositions du psychomotricien. Quand le cow-boy « m'élimine » pour se débarrasser de la mère je reviens dans le jeu, j'anticipe les besoins de Marion, en répondant à une sollicitation de son regard, mais ne laissant pas la place à une séparation virtuelle qui aurait pu lui permettre de travailler cet axe de sa problématique. Parfois Marion est tellement investie dans son jeu qu'elle nous entraîne avec elle, et nous fait confondre l'imaginaire et la réalité. Au moment de partir la séparation est encore difficile, elle réclame un petit câlin. Pour le psychomotricien, dans cette recherche d'affection, de contenance, elle montre un peu trop d'« adhésivité ». Comment trouver le bon équilibre ? Je comprends que ses manifestations puissent paraître excessives. Mais je me pose la question du besoin qu'elle pourrait avoir de repasser par cette étape avant qu'un détachement adapté puisse se faire.

A partir du mois de décembre, il m'arrivera de prendre en charge Marion seule, sans mon maître de stage. Je préciserai donc quand les séances se dérouleront à deux ou à trois, car cette modalité a eu des répercussions sur le comportement de Marion lors des séances. En effet, il est possible de faire l'hypothèse que dans les séances à deux, Marion rejouait la relation fusionnelle qu'elle pouvait avoir avec sa mère, alors qu'avec le psychomotricien, il pouvait se jouer une triangulation qui semblait justement mise à mal au sein de la famille de Marion comme nous l'évoquerons plus loin.

8. Poursuis-moi !

Quand j'ouvre la porte pour la séance suivante, Marion et son papa sont en grande discussion. Elle voudrait ne pas monter dans la salle d'attente et venir directement dans la salle de psychomotricité. Bien que son père lui explique que ce n'est pas elle qui décide, elle me pose la question. Je suis seule et je me demande si je vais être capable de lui résister. Je sais combien c'est difficile pour elle de monter ces escaliers, mais aussi combien c'est nécessaire. J'utilise les mots utilisés par mon maître de stage, leur demandant de s'installer dans la salle d'attente, le temps que je termine ce que j'ai entrepris. J'essaie d'avoir un ton ferme. Marion obéit. C'est une leçon pour elle et moi. Le cadre nous contient toute les deux. Son père en profite pour lui glisser : « Tu vois, ce n'est pas toi la chef, ce n'est pas toi qui décide. » Quand je les rejoins à l'étage, Marion mange une clémentine, c'est mieux que les gâteaux qu'elle mangeait auparavant pour son goûter en sortant de l'école, avant la séance à 16h30. Marion ne peut se passer de goûter ! Elle rouspète encore, elle a oublié son cartable de matériel de dessin qu'elle apporte chaque fois, mais qui ne lui sert jamais ! Son père m'explique ses difficultés à l'école. Elle recommence ses colères, ne copie pas ses devoirs et les fait copier par une copine, révélant ainsi son caractère autoritaire. Elle dit que pendant ce temps elle écoute les consignes et ne peut se concentrer sur ces deux tâches. Marion ne peut pas s'assumer seule et a besoin d'une auxiliaire de Vie Scolaire à certains moments de la journée et en particulier lors des passages aux toilettes. Lors de cette séance Marion reste sur l'histoire des indiens et cow-boys. Elle veut construire un tipi avec

le matériel de la salle et elle veut des animaux dans son camp dont un petit âne en caoutchouc. Elle veut même grimper sur une chaise pour l'attraper. Je soutiens son initiative en veillant à sa sécurité. Cette fois je suis le cow-boy qui attaque son camp pour lui voler son âne. Le jeu se transforme en course poursuite où Marion est vraiment active : Elle court, grimpe deux barreaux d'espalier, saute, tout cela en fonction de ses possibilités bien sûr. Quand je la préviens que la séance va se terminer, elle me dit qu'elle voudrait faire un combat d'épées. Je lui explique cela ne sera possible que si elle m'aide à ranger vite le matériel, ce qu'elle accepte de faire. La fin de séance et le départ se déroulent sans problème.

A ce moment de la prise en charge, alors que je me questionne sur le mode adhésif de fonctionnement de Marion, nous évoquons avec le psychomotricien la mère de Marion que je n'ai jamais rencontrée ; Il m'explique que celle-ci est très proche de Marion, et qu'elle ne manque pas de lui montrer des marques d'affection. Il évoque aussi sa façon de l'embrasser sur la bouche. Ce comportement peut sembler excessif et évoquer un mode de fonctionnement maternel adhésif ou fusionnel qui expliquerait celui de Marion. Ce constat nous renvoie à la théorie de l'attachement de John Bowlby qui permet de déterminer le type de relation qui existe entre le tout-petit et sa mère. Ma problématique de portage est-elle bien réelle ?

En 1996, Didier Anzieu dans son article *A propos des critères de l'attachement* (Anzieu, 1996) s'appuie sur les travaux de René Zazzo et fait référence aux observations cliniques de Bowlby, et aux recherches menées par Harlow, à propos de l'attachement. Bowlby détermine des comportements qui permettent au nourrisson de se maintenir près de sa mère. Harlow a observé le comportement des bébés singe. Pour Anzieu, « à côté de l'attachement du tout-petit à sa mère animale ou humaine, il existe un attachement réciproque de la mère au tout-petit. » Puis Anzieu utilise les critères de l'attachement de ces deux chercheurs pour définir six critères de l'attachement qu'il utilise pour développer la « psychanalyse transitionnelle : l'allaitement, la température, la solidité du portage, l'étreinte et la douceur tactile, l'échange des sourires, la concordance des rythmes.

« Le portage : en étant porté et tenu solidement par la mère à laquelle il s'agrippe, le tout-petit acquiert la confiance dans celle-ci, dans son propre corps, dans la réalité extérieure. Le

bonheur requiert chez l'adulte un appui réciproque, moral et non plus seulement physique, un appui mutuel où la part prédominante de l'un ou de l'autre, varie avec la personne, l'âge, le sexe... Une première définition du bonheur est donc de trouver un partenaire contre lequel s'adosser, prendre appui et s'élaner dans la vie. » (Anzieu, 1996)

Les propos de Didier Anzieu viennent conforter ma problématique. En effet même si les difficultés de Marion proviennent d'un trouble de l'attachement, le portage en est un des critères. Et ce que Marion nous montre lors des séances, c'est un besoin de soutien et d'appuis quand elle veut faire des expériences motrices, ou de l'étreinte de nos bras quand elle veut qu'on l' »attrape ». Dans sa demande d'aide elle nous montre bien qu'elle n'a pas acquis la confiance dans son corps.

9. Prend moi dans tes bras !

La séance suivante Marion essaye de nouveau en vain d'échapper aux escaliers. Elle descend finalement avec plaisir, et propose de faire du camping. Elle répartit entre nous deux le matériel nécessaire à récupérer. Mais finalement elle se ravise et redemande le jeu du cow-boy et de l'indien. Elle veut encore que je vienne lui voler son bébé. Que veut-elle me dire ? Pendant le jeu elle me demande de l'attraper. Nous nous poursuivons dans la salle, ce qui lui demande vraiment de bouger et de courir. Elle manifeste beaucoup de plaisir et rit. Je l'attrape dans mes bras et nous faisons une sorte de lutte qui nous amène au sol, sur le tapis. Puis je fais mine de l'emmenner en prison, dans l'espace de la structure à grimper, qui par sa forme représentera toujours dans nos jeux un espace fermé. Elle s'allonge dedans et ne veut plus partir de cet endroit. Comme ses chevilles sont posées sur la dernière barre de l'espalier, je voudrais la déplacer pour l'installer mieux. Mais cela m'est impossible. Je soulève une jambe et je la mobilise un peu. Puis l'autre. Elle se laisse faire et semble apprécier. Mais cela me demande un grand effort. Plus tard elle se relève et demande à ce que je l'attrape à nouveau comme si elle voulait refaire le cheminement qui lui permettent de revivre ces sensations agréables pour elle.

10. Je ne suis pas la seule à avoir des problèmes !

Lors de la dernière séance du mois de décembre, le papa de Marion a apporté les

évaluations de fin d'années. Il explique que les mauvais résultats seraient surtout dus au négativisme de Marion. Selon Monsieur, celle-ci savait ses leçons à la maison, et devrait être dans les meilleurs de sa classe. Marion est manifestement très mécontente de cette situation et me demande pourquoi je regarde ses évaluations. Je lui explique que son papa est inquiet et que j'aimerais comprendre pourquoi elle refuse de travailler comme il le dit. Elle explique que devant l'exercice elle ne veut pas faire d'effort. En réalité tous les exercices ou presque sont commencés. Il y a beaucoup d'erreurs. Parfois des difficultés de compréhension des consignes écrites apparaissent. Les difficultés scolaires de Marion ne sont-elles dues qu'à son refus, à sa fatigue, à un désinvestissement de l'école du fait des difficultés qu'elle y rencontre ou à de réelles difficultés d'apprentissage? Je ne reste que très peu de temps sur ses évaluations. Marion ne veut pas ou ne peut pas répondre à mes questions. Elle veut seulement jouer, et rejouer la même histoire de l'indien et du cow-boy. Marion a montré précédemment qu'elle n'est pas très volontaire pour dessiner. Pourtant elle vient chaque fois avec un sac à dos rempli de coloriages et de crayons. Je n'ai pas pris la peine de les regarder, il serait peut-être intéressant de voir si elle est capable de créer ses propres dessins ou si elle se contente de colorier, mais je suis confrontée à son refus à chaque tentative d'en savoir plus. Pour le moment Marion profite des séances pour mettre en scène ses besoins. Quand son papa vient la chercher il évoque de nouveau ses difficultés mais Marion répond en évoquant les siennes à lui : « Il n'y a pas que moi qui ait des problèmes, toi aussi tu en as, tu es petit peu trop souvent saoul ». Il dément ses propos et confirme qu'il n'arrive plus vraiment à gérer Marion. Je constate à travers cette séance les difficultés de Marion à parler de ce qui la concerne. Elle détourne la conversation en évoquant les autres. C'est finalement dans le jeu qu'elle semble le plus exprimer ses ressentis.

11. Enlève-moi, emporte-moi ; je n'ai pas d'amoureux !

En janvier, Marion rapporte encore son sac à dos. Il ne sert toujours pas, mais au moment de descendre dans la salle, son papa l'aide à le mettre sur son dos. Pour cette séance à trois Marion reste sur son histoire de cow-boy, joué par le psychomotricien, qui doit venir l'attraper. Moi sa mère je dois encore la défendre.

Nous faisons une fois le scénario, mais cela ne lui suffit pas. Elle veut qu'il vienne voler son âne et le ramène chez lui. Nous devons suivre ses traces de pas pour le retrouver. Le cow-boy a bouclé sa maison. Nous faisons intervenir la loi sous la forme d'un shérif que je représente. Le cow-boy va en prison et ne veut plus avoir de contact avec Pocahontas. Mais elle persévère. Elle accepte finalement une promenade « en canoë, pour pêcher du poisson ». Le canoë est fait d'une planche posée sur des skates, sur laquelle elle doit s'asseoir en équilibre. Cette installation est pour elle une occasion de se sentir portée et en mouvement. Cependant elle s'accroche à son histoire et regarde le psychomotricien/cow-boy en disant qu'elle a « un pressentiment, et qu'elle voit dans ses yeux qu'il prépare quelque chose. » Elle demande au psychomotricien de faire son regard méchant, mais il lui rappelle qu'il ne veut plus avoir affaire à elle, puisqu'elle l'a déjà envoyé en prison. Pour terminer la séance et que l'histoire se termine bien, je lui propose de faire une fête et de danser comme les indiens autour du feu comme nous l'avons déjà fait. Mon objectif étant de nouveau de provoquer le mouvement et les ressentis corporels qui l'accompagnent. Mais elle refuse, « parce qu'elle n'a pas d'amoureux ! » Mais aussi parce qu'elle est contrariée que le psychomotricien ne réponde pas à ses envies. Pour finir, alors que nous rangeons, elle découvre le skate et monte dessus et s'amuse à tenir en équilibre. Je lui propose de garder l'idée pour une prochaine fois. Sur le skate en effet Marion pourra se sentir portée et sentir le mouvement que son corps va imprimer à l'objet.

Que voulait nous dire Marion en évoquant son manque d'amoureux ? Faisait-elle référence à sa vie réelle et à sa relation avec ses camarades, ou bien était-ce une émergence du conflit œdipien¹⁵, réveillé par le refus du cow-boy/psychomotricien de s'intéresser à elle ? Il semblerait en effet, comme son père l'a évoqué la fois précédente que des difficultés relationnelles existent entre celui-ci et sa fille. La problématique de dépendance à l'alcool, du père, si elle est réelle, peut également influencer la dégradation de la relation et réciproquement.

12. Rouler et sentir mon corps !

La fois suivante pour la nième édition de notre histoire d'indien, Marion veut

¹⁵ Cf. Glossaire

rentrer chez le cow-boy joué par moi cette fois puisque je suis seule avec elle, pour retrouver l'âne que je lui ai volé. Comme je ne la laisse pas rentrer elle s'oppose avec son corps et je dois m'accrocher solidement aux montants de la structure pour lui résister. Puis comme j'ai caché l'âne en hauteur, elle décide de le récupérer seule. Alors qu'elle grimpe, elle me demande : « tu ne me laisseras pas tomber ? » Mais une fois redescendue, elle repart dans son histoire et s'en prend à nouveau au cow-boy. Je voudrais détourner le jeu, vers un parcours moteur mais son entêtement et son poids complique la situation. Sous le prétexte d'un mime de bagarre entre l'indienne et le cow-boy, je l'amène jusqu'au sol. Je voulais la faire rouler sur un baril de mousse, mais il s'écroule. Elle essaye alors de rentrer dedans, mais il se bloque au niveau de son ventre. Je décide alors de faire rouler le tunnel de mousse avec elle à l'intérieur pour lui permettre d'avoir des sensations, vestibulaires et tactiles. Elle apprécie beaucoup ce jeu qui l'amène à ressentir les appuis successifs de son corps sans que je la touche. Elle réclame plusieurs allers-retours. Malheureusement sa corpulence, m'empêche de varier les trajets et les vitesses. Je la préviens de la fin de la séance, mais j'ai beaucoup de difficulté à la sortir du baril. Elle n'y arrive pas toute seule. Je lui demande de m'aider. Comme elle est au sol, je finis la séance par un massage de la tête et du visage. Elle se laisse faire et s'apaise. Pendant ce petit moment je ne l'entends plus. A la fin du massage, comme je suis très proche d'elle, elle m'attrape les cheveux comme le fait un bébé, vient toucher mes paupières, comme si elle découvrait mon visage exactement de la même façon qu'un bébé.

Il semblerait que la séance de « portage » avec le rouleau, puis le massage du visage ait permis à Marion de bénéficier d'un temps de régression.

En faisant l'hypothèse que le portage fait défaut à Marion je fais aussi l'hypothèse que les expériences sensorielles vécues dans le portage sont aussi manquantes. Ce sont ces éléments, éclairés de l'approche sensori-motrice d'André Bullinger, qui vont m'inciter à provoquer de telles situations dans les séances avec Marion.

André Bullinger (2012) considère que « les flux sensoriels vont mettre en forme l'organisme pour lui permettre de déployer des actions finalisées sur son milieu. » Cette construction est déjà opérante in utero. Bullinger (2010) explique le rôle

contenant de l'enveloppe utérine, face aux désorganisations suscitées par les variations de flux sensoriels qui parviennent jusqu'au fœtus :

« Des stimulations vestibulaire, auditive, vibratoire, mécanique sont susceptibles d'entraîner des mouvements d'extension qui seront contrés par la paroi utérine. »

Il explique ensuite qu'au moment de la naissance la perte de cette « enceinte » doit être compensée par l'environnement humain lors des portages et lors des soins pour « offrir une contenance aux réactions toniques. »

Certains éléments de l'anamnèse de Marion sont évocateurs de pathologies lourdes (myopathies avec l'hydramnios, Prader-Willi avec l'hypotonie fœtale et néonatal), mais à ce jour aucune étiologie précise n'a été retenue.

Cependant, en reprenant ces éléments il est possible d'envisager que ces problèmes initiaux ont perturbé, les premiers temps de l'existence de Marion, et sa relation avec sa maman. En effet, l'absence de mouvements fœtaux provoque une grande inquiétude chez la maman et perturbe la rêverie maternelle au sujet du bébé. Sa crainte de perdre son bébé est souvent amplifiée par les inquiétudes du personnel médical. Il peut en découler un état d'anxiété ou un état dépressif qui pourrait avoir des répercussions dans le dialogue tonique entre le fœtus et la mère.

André Bullinger évoque cette perturbation :

« L'enceinte placentaire et le muscle utérin contenant le liquide et le fœtus vont amener ce dernier à être au contact de la paroi utérine. Les mouvements d'extension du buste consécutifs à des stimulations sensorielles vont être contenus par la paroi utérine. Un véritable dialogue entre le fœtus et son enceinte va se mettre en place, amorçant un travail représentatif chez la mère et chez le fœtus. L'importance de ce dialogue intime entre le fœtus et sa mère a été mise en évidence par plusieurs auteurs, c'est ce qu'on a appelé la rêverie maternelle, qui va alimenter les premiers liens d'attachement.

Si la durée de la gestation est diminuée par la prématurité ou si l'on impose la station couchée à la future mère, la durée et la fréquence de ces interactions vont être limitées ce qui est une source potentielle de désorganisation. »

Le constat d'absence de mouvements fœtaux dans le cas de Marion laisse envisager que le dialogue in utero a été fortement perturbé voire inexistant à ce moment et donc que la rêverie maternelle n'a pas pu se faire. On peut supposer au moins deux types de réaction à cette situation : Soit la maman désinvestit complètement la relation, soit elle s'accroche à l'existence de son bébé et s'investit dans un besoin de le protéger voire de le surprotéger. L'état psychologique de la mère peut avoir

des répercussions sur sa propre motricité. Le manque de stimulations motrices peut venir amplifier une hypotonie physiologique du fœtus.

Au moment de la naissance une macrocéphalie est venue se surajouter à une hypotonie néonatale, alourdissant le pronostic. Marion a été hospitalisée un mois en service de néonatalogie. Lors d'une telle hospitalisation, il est manifeste que les temps de portage sont rares or « les aspects de dialogue sont principalement réalisés quand le bébé est porté. » (Bullinger, 2010)

Didier Anzieu et Suzanne Robert Ouvray ont tous deux évoqué la déstabilisation ou la désorganisation des parents dont le bébé ne répond pas à leurs sollicitations ou de façon incompréhensible pour eux. L'accordage échoue et le dialogue également :

« Les parents sensibles au feed-back renvoyé par le bébé se guident sur lui pour agir, pour changer éventuellement d'attitude, pour se sentir assurés dans l'exercice de leur fonction parentale. Un bébé passif et indifférent (par suite d'un traumatisme intra-utérin ou d'un raté du code génétique) plonge dans l'incertitude et le désarroi ceux qui s'occupent de lui. » (Anzieu, 1985, p 55)

« La mère sollicitée à son niveau proprioceptif, est attentive à ces signaux. Elle participe émotionnellement au plaisir et à la satisfaction de son bébé. Les vibrations toniques sont analysées par l'enfant et par la mère, une intégration se fait de part et d'autre, et la communication entre les personnes s'élargit.

Un enfant mou, hypotonique, apathique ne suscitera pas les mêmes affects chez la mère qu'un enfant hypertonique, vif, remuant, voire « braillard ». » (Robert-Ouvray, 2002, p134)

13. Identité : « Qui suis-je ? La mère ou la fille ? »

Nous faisons la première séance de février avec le psychomotricien. Bien sûr l'histoire est identique, le cow-boy a cette fois kidnappé la petite sœur de Pocahontas qui est une poupée. Marion/Pocahontas se dispute avec le psychomotricien/cow-boy et en lui tapant sur le ventre, elle lui demande : « Qu'est-ce qu'il y a là-dedans ? » Marion est décidément très imprévisible !

« Pas un bébé » répond celui-ci. Nous, nous sommes demandé ce qu'elle voulait interroger. Identifiait-elle son propre ventre à celui du psychomotricien ? Voulait-elle savoir s'il y avait un bébé ou savoir ce qu'il peut y avoir d'autre dans un ventre arrondi ? Pourquoi est-on gros ? Est-ce à cause des bébés ? Nous ne le saurons pas car elle n'en dira pas plus. Eric Pireyre (2011, p 94-95), évoque l'immaturation

osseuse du tout-petit. Ils ne peuvent éprouver la solidité interne de leur squelette, ils ne sont donc pas intégrés dans le développement psychoaffectif :

« L'intérieur du corps pour le bébé n'est perceptible par le nouveau-né que par les afférences proprio- et intéroceptives qui sont fournies par le rythme respiratoire, la douleur éventuelle, ainsi que par le trajet interne du bol alimentaire... Il nous faut donc imaginer que la maturation physiologique mais aussi la représentation des os, des articulations ainsi que des viscères sont cruciales dans de nombreux domaines du développement affectif de l'enfant. A ce titre, l'intérieur du corps est une pièce maîtresse de l'image du corps. »

Pour la suite de la séance, le conflit se joue entre Pocahontas et sa mère pour savoir qui doit s'occuper du bébé. J'interprète sa volonté de s'en occuper comme une habitude de le faire, une confusion entre sa place de petite fille et celui de la mère. Marion a en effet un petit frère et nous nous sommes demandé qu'elle place il prenait dans sa vie : Devait-elle s'en occuper, ou bien trouvait-elle qu'il prenait trop de place auprès de ses parents ? J'essaye d'imposer l'image de la mère qui peut et doit s'occuper de ses deux enfants. Elle est dans son histoire et refuse de céder. Le psychomotricien vient à mon secours en lui expliquant que ce bébé est fatigué et qu'il doit se reposer. « Non, je veux jouer avec ma petite sœur ». Il s'en suit une dispute entre la mère et la fille, et Marion/Pocahontas dit qu'elle ne veut plus vivre avec sa mère et qu'elle veut s'occuper du bébé. Elle vit pleinement son histoire et ne semble pas vouloir céder. Il nous semble à nouveau qu'elle ne sache plus très bien si elle est dans le réel ou dans l'imaginaire. Je lui propose de venir près de moi et de poser sa tête sur mes genoux pour que je puisse m'occuper des deux à la fois. Elle refuse. Je décide de coucher le bébé et de m'occuper d'elle en lui proposant de faire quelque chose ensemble. Elle refuse. Je lui propose de jouer avec le tonneau de mousse comme la fois précédente, elle refuse dans un premier temps puis elle cède. Les sensations corporelles la ramènent à la réalité, mais elle a beaucoup de mal à accepter que cela se termine. En sortant de la salle et en apercevant son père elle l'interpelle : « Tiens v'là le p'tit vieux ; ça va le p'tit vieux ? »

« C'est à toi qu'il faut demander ça » répond son père.

« Oui, ça va! Tu sais, ça me ferait des vacances si je ne vous voyais plus tous les deux. »

Marion provoque son père, et cela se reproduira plusieurs fois mais il ne

manifestera jamais aucune réaction. Cette façon d'interpeler son père surprend d'autant plus qu'elle n'est pas spécialement dans une période d'opposition. Au mois de février Marion n'a que 7 ans et 8 mois. Mais sa corpulence, et sa façon de parler ne correspondent pas à ce qu'on attendrait d'une petite fille de cet âge. Auprès de nous pendant la séance et auprès de son père, elle semble chercher des limites. Cette recherche est-elle à rapprocher de la confusion d'identité entre sa mère et elle, observée à plusieurs reprises au sein de son jeu symbolique ?

14. Punis-moi ?

A la séance suivante, le scénario se reproduit. Marion veut être Pocahontas qui fait des bêtises et que l'on punit dans sa chambre. Elle veut ensuite s'enfuir et qu'on la poursuive. Marion ne sait pas quoi répondre quand on lui demande pour quelle bêtise elle veut être punie. Elle suggère qu'elle a encore mal surveillée sa petite sœur et que celle-ci a été enlevée. Comme elle mime ses tentatives de s'enfuir de sa chambre, elle est très excitée et rit, nous provoque du regard et par ses paroles. Les mots ne l'arrêtent pas, nous nous opposons corporellement. Le psychomotricien /père intervient fermement en la renvoyant dans sa chambre et en disant qu'il en a assez d'entendre toutes ses disputes. Enfin Marion se calme et obéît. Attendait-elle une réponse ferme de la part de son père ? Cet instant semble à nouveau marqué par une confusion entre le réel et l'imaginaire. Elle demande si la colère du psychomotricien est « pour de vrai ! » Nous la rassurons en lui rappelant le contexte du jeu. Plus tard le psychomotricien verbalise la tendance de Marion à jouer de son poids pour s'opposer physiquement. Mais elle ne se saisit pas de cette proposition.

Je reste persuadée que ces moments d'oppositions corporelles sont des expériences privilégiées pour elle. Il ne semble pas possible que cela puisse se faire ailleurs y compris dans le jeu car sa corpulence en est un obstacle. Lors de ces oppositions notre corps à corps est puissant et lui permet très certainement de ressentir ses limites corporelles. Elle apprécie notre jeu jusqu'à ce que n'obtenant pas le dessus, elle verbalise un mécontentement, peut-être une difficulté à supporter de ne pas remporter le « combat », une frustration.

La récurrence de ses histoires en lien avec son opposition à ses parents nous inquiète ainsi que son état de santé. Elle montre peu de créativité dans ses histoires dont le thème est récurrent : L'enfant rebelle qui se fait punir. Il lui semble difficile également de mettre des mots sur ses émotions. Elle arrive une fois à verbaliser ses difficultés à l'école, les moqueries de ses camarades, qui selon elle, semblent refuser de voir qu'elle n'est pas responsable de son état. Cela l'attriste et la met en colère. Les processus de mentalisation ne lui semblent pas accessibles¹⁶.

Un rendez-vous est donc organisé entre les parents, la pédopsychiatre, le psychomotricien. Marion est présente, raconte comment se passent les séances et verbalise parfaitement les conflits qu'elle met en scène, à la plus grande stupéfaction de tout l'auditoire. Madame explique qu'elle est décidée à être très ferme, laissant supposer que ce n'était pas le cas. Elle verbalise également une très grande angoisse de mort vis-à-vis de ses enfants. Elle peut difficilement les confier à quelqu'un d'autre à moins de contacts téléphoniques fréquents pour s'assurer que tout va bien. Mais le point le plus essentiel, est certainement son besoin que ses enfants dorment près d'elle, dans son lit, pour pouvoir contrôler régulièrement leur respiration, sans avoir à se lever, reléguant ainsi le père dans une autre partie de la maison. Celui-ci dit ne pas être affecté de la situation, mais il cherche avant tout à fuir la discussion en s'occupant de son fils présent à l'entretien. Alors que pour Marion, la possibilité d'un séjour en colonie est évoquée, sa mère exprime son accord tout en rendant impossible sa réalisation, en exigeant en contrepartie que les résultats de Marion à l'école soient significatifs, ce qui ne semble pas réalisable à ce moment. Elle trouve par ce moyen, l'assurance que Marion ne pourra pas s'éloigner d'elle.

Les difficultés au moment de la naissance de Marion peuvent expliquer les angoisses de la maman. Monsieur, dont le père a fui le foyer pendant sa petite enfance, n'a pu s'imposer comme tiers dans la relation entre sa femme et ses enfants. Il souffre d'une situation qui lui échappe et sur laquelle il n'a aucun contrôle. Ses échecs pourraient expliquer sa dépendance à l'alcool. Quant aux enfants, et je pense en premier à Marion, cette situation est à même de leur causer des difficultés dans leurs représentations et dans la construction de leur

¹⁶ Cf. infra les déterminants psychoaffectifs p.57

identité.

Winnicott explique que le nourrisson passe par plusieurs phases, dont la première est un état de dépendance absolue, rendue possible par l'état de disponibilité de la mère à son enfant pendant les tout premiers mois. Pendant cette période elle répond aux besoins de celui-ci de façon qu'il puisse se vivre comme étant tout puissant. A ce moment de sa vie, il a l'illusion qu'il crée lui-même tout ce dont il a besoin. Puis la mère, peu à peu diffère ses réponses dans la mesure des capacités de son enfant. Elle doit sentir ce qu'il est capable de supporter. Il comprend ainsi son état de dépendance vis-à-vis de sa mère :

« ...Une mère qui n'est pas capable d'un abandon progressif de cette adaptation sensible (à son nourrisson)...échoue (à cause de sa propre immaturité ou de ses propres angoisses) en ne donnant pas à son nourrisson des raisons à sa colère. Un nourrisson qui n'a pas de raison d'être en colère, mais qui a naturellement en lui la quantité habituelle d'éléments agressifs (quels qu'ils soient), se trouve en face d'une difficulté particulière, qui est de fusionner l'agressivité avec l'amour.

Donc dans la dépendance absolue, le nourrisson n'est pas en mesure de prendre conscience des soins maternels. » (Winnicott, 1974, p 48)

15. Recherche de limites : tu peux aller dans ta chambre maman !

Marion ne vient pas à la séance qui suit. Mais à la suivante, elle tente d'échapper encore à l'escalier. Mais elle accepte mon refus. Je suis seule avec elle pour cette séance. Quand je vais la chercher, Monsieur m'explique qu'elle doit faire une réaction aux médicaments car elle est couverte de boutons. Je perçois son inquiétude que je puisse penser qu'il ne s'occupe pas bien de sa fille. Marion présente effectivement plusieurs érythèmes sur le visage, les mains et les pieds. Pour descendre Marion prend son sac à dos de coloriations comme d'habitude. Elle enfille la première bretelle puis son père anticipe ses difficultés et l'aide pour la deuxième. Son sac semble toujours très lourd. Elle porte un lourd fardeau. Elle descend les marches et interpelle son père d'un « salut le p'tit vieux, je vais être tranquille pour un moment ! » Je suis gênée. Je ne sais si je dois réagir au risque que le papa m'entende, en parler plus tard..

Pour le psychomotricien, il lui semble que cela se produit uniquement quand je suis seule avec elle et qu'à ce moment elle reproduirait la situation fusionnelle qui existe entre elle et sa mère et qui exclut le père.

Il me semble qu'elle a encore grossi. Son corps est moulé dans ses vêtements, le polo est un peu court, et deux énormes couettes de cheveux crépés encadrent son visage poupon et rouge. Elle ne sautille pas pour rentrer dans la salle mais elle sait ce qu'elle veut faire : « Bon allez, il faut préparer le matériel. Alors il nous faut des vêtements, la poupée qui lui convient ce jour là, le biberon, une couverture... C'est ma petite sœur Annie, et toi tu es la maman et je fais des bêtises et tu me punis. » C'est reparti ! Elle est la grande sœur et va s'occuper de sa petite sœur pendant que je prépare à manger. Elle veut des épinards sans rien d'autre, sans entrée, sans dessert. Je m'occupe des casseroles en l'interpelant de temps en temps. Tout se passe bien puis soudain elle surgit et bouscule les casseroles en rigolant. Je la réprimande en lui expliquant le danger. Mais elle éclate de rire. Ce rire est inquiétant et provocateur. Plus j'essaye de la contrer calmement plus elle rigole. A ce moment je me suis vraiment demandée ce que je devais faire : sortir du jeu ou trouver une autre issue. « Je vois que tu n'as pas envie que je fasse à manger. Tant mieux je vais me reposer. » Et je me suis installée confortablement en commençant la lecture d'un livre d'enfant. Sa réaction ne se fait pas attendre dépitée que je ne réagisse pas elle va plus loin, jette les casseroles en l'air, et d'autres petits objets vers moi. Sans réaction de ma part elle vient vers moi et lève son bras pour me taper. Là, j'arrête son bras me lève et fermement je lui dis qu'il n'est pas possible qu'elle me fasse du mal. Elle n'en n'a pas le droit, et il n'est pas possible de jouer dans ces conditions. Elle se calme, mais elle veut que je la punisse et me supplie presque. Punition... Contention... ? Une idée me vient. J'organise un lit avec un drap et des coussins dans l'espace de la structure :

« Tu ne vas pas bien du tout. Tu fais n'importe quoi ! Tu dois être très fatiguée ou malade. Il faut te reposer, va te coucher. » Je l'incite à s'allonger, elle s'oppose, résiste. Ce n'est pas facile. Une fois allongée je la borde. Du moins j'essaye, il est impossible de mobiliser son corps. Cela la fait rigoler. Elle veut avoir sa petite sœur /poupée avec elle. Je lui dis que ce n'est pas possible. Je vais installer ailleurs un autre espace-chambre. Mais elle se relève vient reprendre la poupée, la cache dans son dos, et attend que je vienne la lui reprendre. Marion était vraiment dans la provocation et l'attente /désir de la punition. Elle rigole de nos oppositions corporelles. Mais au bout d'un moment, le ton change : « Non, laisse-moi sortir. Je ne veux pas rester enfermée dans ma chambre. » Le ton est équivoque. Je ne sais

pas ce qui est dans le jeu et ce qui vient du fond d'elle. Je suis interpellée, mais je fais celle qui n'entend pas. Elle me bouscule un peu et je fais quelques mimiques rigolotes pour détendre l'atmosphère. Elle arrive à se faufiler je la rattrape et nous nous écroulons au milieu des coussins. Avec mes mains j'exerce des pressions sur son dos et ses épaules. Elle rigole et s'accroche à un drap. J'en profite pour la tirer et la faire glisser, rouler sur le sol, grâce au drap. Elle rigole à gorge déployée et je fais durer un peu ce jeu pour lui procurer le plus possible de sensations certainement rares pour elle. Elle voudrait que je la ramène encore dans sa chambre. Mais même avec le drap, il y a trop d'obstacles, je ne peux la tirer. Je m'assoie alors dos à dos avec elle pour la pousser accompagnant mes efforts d'onomatopée, pour y rajouter une note d'humour, et en verbalisant mes efforts. Mais je ne peux la bouger. Elle est ravie. Elle a au moins pu profiter de cet appui dorsal comme d'un arrière-fond. Puis finalement comme elle reste écroulée sur le sol, j'installe un coussin sous sa tête. Elle pèse de tout son poids, et se laisse faire. Je pose le drap sur elle et essaye de la border pour faire une enveloppe contenant. Et là elle dit cette phrase tellement significative dans son histoire :

« Tu peux aller dans ta chambre, Maman. »

Je lui réponds : « Bien sûr chacun dans son lit, chacun dans sa chambre ! »

Je pose un petit bisou sur son front puis je construis autour d'elle une deuxième enveloppe avec les blocs mousse qui représentent les murs de sa chambre. Puis j'aménage un espace pour la poupée, un pour moi et je m'allonge. L'accalmie fut de courte durée. Elle se relève et projette tout en l'air. Je fais mine d'avoir fait un cauchemar et d'avoir entendu du bruit. Elle est toute souriante et veut que je réagisse.

« Pourquoi veux-tu vraiment toujours jouer la fille qui fait des bêtises et qu'on punit. Je voudrais comprendre. »

« Parce que comme ça on fait des choses et j'aime bien ». »

Elle semble convaincue de ce qu'elle dit. Elle n'a pas éludé la question et semble y répondre sincèrement même si ce n'est pas clairement énoncé. Elle peut dire que cela lui fait du bien mais ne peut toujours pas mentaliser clairement ses ressentis. A quelles « choses » fait-elle référence ? J'aurais envie de répondre qu'elle évoque ses nouvelles expériences corporelles qui lui procurent de nouvelles sensations et peut-être qui lui permettent de ressentir les limites de son corps.

Je lui propose d'arrêter l'histoire pour cette séance pour pouvoir faire une autre activité. Je l'invite à reproduire les personnages de notre histoire avec de la pâte à modeler. Mais elle refuse. Elle ne veut pas que cela se termine. Elle veut jouer encore. Le temps passe sans que nous ne puissions entreprendre autre chose. La séance est terminée.

« Toi aussi tu vas t'en aller. »

« Oui, moi aussi je vais m'en aller. »

« Tout de suite ? »

« Non pas encore, je vais recevoir un autre enfant. »

C'est difficile d'accepter ce partage pour Marion. Elle cherche tous les moyens de prolonger la séance. Elle grimpe deux barreaux de l'espalier demande mon aide, redescend. Je lui explique qu'on ne peut pas toujours faire ce que l'on veut. Comme elle s'apprête à faire « la petite fille qui fait des bêtises », en vidant le placard. J'arrive près d'elle, je lui dis que le jeu est terminé et que je serais vraiment fâchée contre elle si elle continue.

« Est-ce que toi aussi tu peux te mettre en colère » me demande-t-elle ?

« Oui, je peux aussi être en colère. Si tu ne comprends pas comment on travaille ici, je ne pourrais pas continuer à t'aider. J'ai besoin que tu m'aides toi aussi. »

La phrase fait son effet. Elle est calme. Je lui demande de remettre ses chaussures. Elle répond qu'elle est trop fatiguée. Je lui propose qu'elle enfile la première pour que je l'aide ensuite. Elle obtempère, mais son ventre la gêne terriblement et la séance fut intense. Je lui demande de me dire pourquoi elle n'arrive pas à enfiler sa chaussure. Elle répète qu'elle est fatiguée. Ce n'est pas la seule raison. Dans ses yeux je vois qu'elle a compris que j'attends d'elle une autre réponse, mais elle se tait et je n'insisterais pas davantage ce jour là.

Lors de cette séance, j'ai pu observer que Marion se détendait quand j'installais des enveloppes autour d'elle, et qu'elle se laissait faire « un peu ».

Mais je constate aussi que pour l'instant elle démolit ces enveloppes et en cherche d'autres que je dois faire vivre à travers mes comportements et mes mots. Je comprends que je ne peux pas laisser de place à l'incertitude et au doute. Elle attend que je sois contenante.

16. Changeons de rôle :

La séance suivante se déroulera avec le psychomotricien. Marion a bien sûr envisagé de rejouer la même histoire. La maman/moi, je fais la cuisine ; le papa /psychomotricien jardine et elle est la fille qui fait des bêtises et bien sûr nous devons la punir. Nous jouons une fois son histoire. Mais comme à son habitude, au moment de la punir elle s'oppose farouchement. Ce que ne manque pas de relever le psychomotricien :

« Tu voudrais qu'on te punisse, mais on n'y arrive pas tu t'opposes à tout ; Que proposes-tu ? Que devons-nous faire ? »

Elle ne sait pas, mais elle veut rejouer encore... ! Nous lui proposons de changer les rôles, je suis la fille qui fait des bêtises et elle la maman. Cela ne lui plaît pas. Elle refuse, nous insistons et obtenons gain de cause. Elle pourra ainsi constater à travers mon jeu, comment il est difficile de venir à bout de cette situation. Cependant, elle ne jouera pas le rôle d'une mère opposante, et aura plutôt tendance à me donner ce que je veux. Je lui donnerai pour finir le jeu, une autre représentation, celle d'une petite fille plus obéissante. Ensuite Marion voudrait à nouveau rejouer l'histoire, mais il reste trop peu de temps. Comme elle observe autour d'elle, elle découvre la toupie, nous interroge sur son utilisation et nous demande de l'essayer. La toupie va-t-elle tenir ? Et surtout allons-nous pouvoir la mettre en mouvement ? Il faut en effet la redresser pour l'amener en équilibre sur sa pointe, ce qui nécessite que nous soulevions les quatre-vingt quatorze kilos de Marion et que nous les maintenions. Nous aidons Marions à s'installer à l'intérieur, puis nous redressons la toupie. Une fois bien installée elle aimerait que nous la fassions tourner. Ce que nous faisons mais très lentement bien sûr, nous ne pouvons faire autrement. Elle se laisse aller dans la toupie. Sa tête repose sur mon bras et elle verbalise son bien-être dans la toupie. Je lui suggère de sentir ses appuis dans son dos. Dans la toupie, Marion est portée, elle est maintenue dans le dos et elle est en mouvement. Voilà une expérience sensorielle, qu'elle n'a pu vivre depuis très longtemps. Nous observons à ce moment une Marion plus détendue, moins excitée, présente à elle et à nous dans l'ici et maintenant, mais aussi capable de verbaliser un ressenti. Il me semble que dans cette toupie, Marion a pu se sentir portée. En effet son corps ne reposait plus sur le sol mais à l'intérieur du contenant. Sa tête était posée sur mon bras, comme le tout-petit qu'on porte dans

les bras.

Marion ne se détache pas de cette histoire qu'elle demande à rejouer sans cesse. Sa recherche de la punition évoque le besoin de limites et de contenance, mais en même temps elle verbalise clairement sa volonté de ne plus dormir avec sa mère et même de ne plus voir ses parents. Parfois, elle confond son identité d'enfant et celle de la mère qui doit s'occuper des enfants. Dans son jeu elle montre une petite fille autoritaire, mais dans son rôle de mère, elle n'a pas été aussi ferme.

L'anxiété de sa mère pèse lourdement sur la famille, et repose au départ sur les difficultés de santé de Marion, comme son sac à dos pèse sur ses épaules et comme son poids pèse sur sa vie. Elle porte beaucoup, mais ne semble pas être portée !

En réalité à plus de sept ans Marion devrait avoir acquis la possibilité de s'auto-porter. Les soins qui lui ont été apportés durant la petite enfance auraient dû lui permettre de se construire cette confiance en soi et la capacité à se prendre en charge, à s'auto-porter. Mais en surveillant sa respiration chaque nuit, sa mère montre sa propre incapacité à faire confiance au système respiratoire de Marion. En ne l'autorisant pas à s'éloigner d'elle, elle empêche sa fille de construire son autonomie et sa confiance en elle. Comment avoir confiance en soi quand votre propre mère n'a pas confiance dans votre capacité à survivre ?

D'autre part son surpoids est un handicap à sa motricité. Selon Bullinger, les représentations du corps continuent d'évoluer pendant le développement :

« L'organisme va donner lieu à des représentations que l'on peut regrouper sous le terme général de « corps ». Il est évident que ces représentations dépendent des interactions passées, de la tâche dans laquelle l'organisme est engagé. Ces représentations se modifient avec le développement. Il en va de même avec les objets qui sont susceptibles, le cas échéant, de donner lieu à des représentations. » (1996, p 148)

L'obésité de Marion l'empêche très certainement de vivre des expériences sensorielles suffisamment riches comme le ferait un enfant de son âge. Et ce que lui renvoient ses pairs n'est peut-être pas non plus valorisant.

17. De la confusion et de l'émotion

Lors de la séance qui précède les vacances de printemps nous proposons à Marion un nouveau changement de rôle. Elle tient particulièrement à garder son rôle de

filles. Je serai donc la mère, le psychomotricien et elle seront frère et sœur. Nous mimons dans ce jeu l'incapacité de la mère à faire face à l'opposition de ses enfants. En effet rien n'arrête leurs bêtises, ni les explications, ni les réprimandes, ni les punitions. Marion va jusqu'à mimer la destruction des objets appartenant à sa mère, lui parle mal, lui dit qu'elle est moche... En panne de réponse, j'attrape à tort son sac à dos qui ne fait pas partie du jeu et je fais mine de m'en débarrasser. La tendance de Marion à confondre le réel et l'imaginaire provoque encore une fois une sorte de confusion en nous. Plus tard j'attends des réactions de sa part en faisant semblant d'appeler le père au téléphone ou la pension dont son propre père la menace. Sa proposition de réponse est la fugue. Je joue donc la mère affolée qui cherche partout et qui ne semble plus avoir comme solution que d'avoir à appeler la police. Nous arrêtons le jeu pour demander à Marion quelles suggestions elle pourrait faire pour aider cette maman qui semble perdue. Marion n'a pas d'autre proposition que l'appel à la police. Le psychomotricien insiste sur l'idée que cette solution doit ramener une situation normale paisible. Je joue donc la mère éplorée au téléphone et je raconte les difficultés rencontrées avec mes enfants, mon incapacité à les faire obéir malgré ma volonté d'agir pour leur bien et malgré mon amour maternel pour eux. Mon jeu a dû être suffisamment imprégné de sincérité pour que Marion soit touchée par la situation. Elle reste figée, perplexe, ses mains abandonnées sur ses genoux et semble partie dans ses pensées. Mais au moment de reprendre son jeu, son désir se reporte immédiatement sur l'envie de recommencer. Nous devons lui rappeler la consigne pour que le jeu se termine par des retrouvailles chaleureuses.

18. Conclusions

Après six mois de prise en charge, je constate que malgré les efforts certains de Marion son activité motrice reste limitée. Elle essaye spontanément de monter trois barreaux de l'espalier, de monter sur une chaise ou un meuble un peu plus haut pour aller chercher des objets. Elle saute de la hauteur d'une marche, mais ne peut sauter de la chaise d'enfant et ne peut sauter sur place. L'équilibre unipodal n'est pas possible. Elle peut courir un peu dans l'espace de la salle de motricité. Il lui est très difficile de se pencher en avant pour atteindre ses pieds.

Bien que cela ne lui soit pas confortable et malgré les difficultés pour se relever, elle peut se mettre à quatre pattes. Le relever du sol est laborieux et nécessite des appuis des mains.

Elle montre beaucoup d'intérêt pour les activités musicales, qui ont été travaillées lors de précédentes prises en charge. Elles peuvent être investies pour mettre le corps en mouvement dans des activités de danse.

Lors de la prise en charge, Marion montre peut d'intérêt pour les activités créatives (dessin, modelage...), révélant ainsi une difficulté de mentalisation que corrobore sa difficulté à verbaliser ses ressentis et ses émotions. Elle montre également une persévération dans le choix de ses thématiques de jeu en rapport avec son histoire personnelle, dans lesquels il nous est possible de constater des moments de confusion entre la réalité et l'imaginaire au point d'y entraîner ses partenaires de jeu. Une certaine confusion est parfois également constatée entre son identité et celle de sa mère.

Les contacts tactiles ne sont pas spontanément recherchés par Marion sauf dans l'opposition corporelle où elle utilise tout son poids, et quand elle veut manifester son attachement en nous prenant dans ses bras. Elle a manifesté beaucoup de plaisir et l'a verbalisé, dans les activités corporelles qui s'apparentaient au portage physique (corps à corps, repoussés, portage sur un drap, roulés dans le baril, portage sur la planche à roulettes, enveloppement par le drap...). Lors de ces moments privilégiés, il me semblait observer une petite fille plus présente à la réalité et plus à l'écoute de son propre corps. Ses émotions plus sincères en apparence ne ressemblaient pas à l'excitation observée lors de ses provocations dans les jeux symboliques.

La difficulté de Marion à mentaliser et ce besoin de sensations primaires retrouvées dans ces activités de portage, ont trouvé un écho dans les travaux de Didier Anzieu (1985, p 218-224). Il relate son suivi d'une patiente qui avait bénéficié des soins attentifs de sa mère qui cependant n'avait pas suffisamment veillé au ressentis internes de son bébé. La patiente évoque alors sa difficulté à différencier les affects qui appartenaient à sa mère et les siens, et sa difficulté à mettre des mots sur ces derniers.

Il me semble voir chez Marion la même problématique. Soucieuse avant tout de sa survie, sa mère a veillé à lui apporter le confort et l'alimentation garante de sa

croissance. Elle luttait ainsi contre sa propre angoisse de la mort de son enfant. Accaparée par ses angoisses personnelles, la mère n'a pu être attentive aux réactions de son nourrisson, ni mettre des mots sur ses ressentis. Il semble donc que la communication entre Marion et sa mère ait été défaillante dès le début, du fait de l'immobilité foétale puis lors du dialogue tonique tel que le décrit en 1962 Julian de Ajuriaguerra, en appui sur les travaux de Wallon.

Il me vient en mémoire un compte-rendu d'entretien dans le dossier qui relatait un élément de la vie personnelle de Madame. Elle expliquait que son père ne supportait pas sa présence dans la même pièce que lui, il l'a renvoyait donc systématiquement dans sa chambre (Cf. *supra* p.44 : « Punis-moi »). N'est-ce pas justement le thème de l'histoire dans laquelle Marion persévère ? Si tel est le cas, nous pourrions y voir une véritable confusion entre l'histoire de Marion et celle de sa mère, et donc un échec de la différenciation et de l'individuation.

J'évoquerai à ce sujet les considérations de Nicolas Gougoulis qui évoque chez ses patients obèses, une perturbation de la fonction symbolisante, lors des premiers temps du stade oral et une indifférenciation des sexes des parents dans la construction de leur imago parentale :

« Tout se passe comme si le sujet excluait la dimension sexuelle du couple parental dans la construction de la scène primitive. Masculin et féminin se trouvent ainsi dans un magma parental. En effet la fonction symbolisante a déjà été perturbée lors des premiers temps du stade oral, au moment de ce que Winnicott (1988) décrit comme le premier nourrissage théorique ; En ce qui concerne nos patients, nous observons une difficulté de différenciation de soi et de l'autre et de l'intentionnalité du geste nourricier. Le geste ne correspond pas à une réponse des besoins de l'enfant, mais est vécu comme quelque chose qui a lieu hors temps et hors besoin de l'enfant, dans un désir mal défini quant à son origine et à sa nécessité, comme si le petit et la personne qui le nourrissait était en désaccordage. L'enfant futur patient ne peut ainsi accéder à une première expérience de satisfaction (Gougoulis, 2008), base nécessaire pour la construction de la fonction du désir lié à des représentations différenciées de la réalité et du temps. Tout est vécu dans une fusion et une difficulté de différenciation. » (Gougoulis N., 2013, p 33)

DISCUSSION

Tout au long de ces sept mois de suivi il m'a semblé que les échanges avec les parents de Marion étaient difficiles à mettre en place. En effet même si le papa se montre aimable et souriant à notre rencontre, l'évocation des difficultés de Marion le mettent dans une sorte d'« état de réticence » ou tout au moins d'appréhension. J'ai évoqué précédemment son empressement à justifier un érythème ou à affirmer leur capacité, en tant que parents, à gérer l'alimentation de leur enfant. L'obésité de Marion n'est pas évoquée et il existe autour de ses difficultés scolaires qu'elles soient d'ordre psychique ou cognitif, une sorte de cécité à leur existence. Tout semble aller le plus souvent pour le mieux, à l'exception d'une fois où il a pu évoquer son incapacité à gérer sa fille. Je n'ai pu rencontrer la maman mais il semblerait qu'elle soit autoritaire et déterminée dans sa façon de s'occuper de ses enfants. Elle semble avoir le sentiment d'être la seule à pouvoir les protéger et fait obstacle à l'intrusion d'un tiers séparateur, y compris le père. En affirmant sa décision d'être plus désormais ferme à l'égard de Marion, elle semble évoquer un fonctionnement précédent propre à lui éviter toute frustration mais ne semble pas remettre en question son besoin d'avoir ses enfants « sous la main » pour s'assurer non pas de leur bien « être » mais de leur survie physiologique. Elle se protège ainsi de ses propres angoisses mais ne répond pas à son besoin d'autonomie et d'individuation.

L'aggravation de l'obésité de Marion, est en lien avec notre difficulté à trouver une alliance auprès de ses parents. Ils ne semblent pas avoir les moyens de modifier la situation, soit parce qu'ils la reconnaissent pas, soit parce qu'ils n'ont pas en eux la force psychique ou physique de le faire. Nous avons vu lors des séances comment Marion était capable de s'opposer, sans céder. Or ce sont eux qui sont présents quotidiennement et qui peuvent gérer le comportement alimentaire. Il est parfois nécessaire dans les cas les plus difficiles de devoir extraire les enfants de leur famille pour modifier parallèlement le comportement de l'enfant et celui de la famille. L'institut Saint-Pierre¹⁷ semble avoir une grande expérience dans ce

¹⁷ Cf. GARANDEAU P., (2004), *Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. De la théorie... à la pratique*, Montpellier, Editions espaces 34 (Editions scientifiques et culturelles)

domaine. Ils ont pu relever lors de leurs prises en charge, un certain nombre de traits communs à leurs jeunes patients. Je fus très surprise de trouver dans ces observations des correspondances certaines avec des éléments de l'histoire de Marion et je vous les présente maintenant.

I - OBSERVATION DE LA CLINIQUE DE L'OBESITE INFANTILE EN SEJOUR

A. Les observations de l'équipe pluridisciplinaire

1. La structure d'accueil

L'institut Saint-Pierre de Palavas-les-Flots prend en charge des enfants et des adolescents obèses en consultation externe pluridisciplinaire, par des séjours d'éducation de deux à trois semaines, avec une prise en charge parallèle des familles. Plus récemment, il a été mis en place des séjours de plusieurs mois, rendus nécessaires par la gravité, et la complexité de la prise en charge des obésités sévères de l'adolescent. Du fait de la grande complexité des causes intriquées l'institut Saint-Pierre a fait le choix d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire. Dans ce cadre, des observations sur les jeunes patients reçus ont pu être menés. L'ensemble des travaux, basés sur les observations des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, est relaté dans un ouvrage conçu sous la direction du docteur Patrick Garandau pédiatre endocrinologue. (Garandau, 2004) :

2. Aptitudes physiques

- L'obésité est souvent accompagnée d'une diminution de l'aptitude physique et de la capacité aérobie avec intolérance à l'effort. Le réentraînement est donc nécessaire après avoir effectué des tests à l'effort pour adapter le programme.
- Promouvoir l'activité physique et l'équilibre alimentaire est au cœur des actions de prévention mais aussi de la prise en charge.

3. Traits de personnalité

- L'adolescent obèse est souvent une personne inactive et passive, en grande souffrance psychique, ballotée au gré des désirs de l'autre.
- Il a des difficultés pour exprimer ses affects. Le plaisir oral de la nourriture est recherché pour faire face à un conflit psychique. L'acte de manger remplace celui de penser et de créer.
- On retrouve souvent une tendance au passage à l'acte et souvent une tristesse voire une dépression peuvent précéder l'apparition du surpoids.
- On retrouve souvent une distance relationnelle difficile avec une relation du type fusionnel avec la mère faisant échec à l'introduction d'un tiers ou secondaire à la déchéance du tiers, au sens juridique du terme, c'est-à-dire à la perte de fonction d'autorité, du père en particulier.
- On observe souvent une confusion dans l'histoire de la mère et celle de l'enfant, dans l'évocation des événements ou des sentiments vécus par l'un et par l'autre.

4. Facteurs étiologiques

a. Facteurs héréditaires

Il a été mis en évidence une vulnérabilité génétique commune aux troubles des conduites alimentaires et aux troubles de l'humeur. En effet il existe un contrôle central de la régulation du poids au niveau de l'hypothalamus. Les réponses aux stimuli sont organisées par le biais de deux neurotransmetteurs : la sérotonine et les catécholamines. Un déficit en sérotonine pourrait entraîner une hyperphagie peut-être également des troubles du contrôle de l'impulsivité et certains troubles dépressifs.

b. Déterminants psychoaffectifs

- La recherche d'une satisfaction orale avec court-circuitage de la mentalisation en lien avec une problématique de sevrage dans les interactions précoces : quand le gavage est la seule réponse maternelle à la demande de l'enfant.

- Une fragilité narcissique : l'obésité serait une protection contre l'environnement extérieur vécu comme menaçant dans une dépendance à la mère et à la nourriture, résultat de l'échec de la différenciation et de l'individuation.
- La non-résolution du conflit œdipien et la régression face au choix de l'identification sexuelle.

5. L'image du corps

C'est un élément constitutif de l'image de soi. Elle correspond à la représentation mentale que chaque individu a de son corps qui est parfois très éloignée de la réalité objective.

Elle est le résultat de l'intégration du schéma corporel d'une part (normalement intégré vers 7/8 ans), et de la qualité de l'investissement narcissique du corps par le sujet lui-même. Chez l'adolescent obèse on observe souvent un trouble de l'image du corps qui est perçu comme une masse indifférenciée aux limites floues. Les parties du corps les plus lourdes (bas du corps) seront souvent désinvesties au profit des parties vécues comme les plus légères (haut du corps, voire visage seul, voire chevelure seule).

Ce corps lourd peut être vécu comme gênant mais le plus souvent on constate une relative indifférence face à ce corps qui peut également être investi comme un marqueur de force physique, ou comme une barrière protectrice contre l'environnement extérieur. Dans ce cas l'investissement de l'adolescent dans sa prise en charge est plus difficile à obtenir, à moins qu'un travail à visée psychothérapeutique vienne renforcer son investissement narcissique.

6. Le regard

Les auteurs constatent que les enfants et adolescents qui viennent consulter présentent un investissement majeur du regard. Ils citent Chabert C. (1997), qui évoque cet investissement dans le cas des adolescents anorexiques et boulimiques :

« La prégnance des investissements narcissiques implique un investissement majeur du regard... Le regard de l'autre offre un reflet au regard sur soi et par là même étaye les bases du processus de réflexion ».

Il semblerait que les adolescents se présentent soit avec un regard agressif qui semble interroger le soignant sur sa capacité à soutenir ce regard et à traduire cette agressivité, soit avec un regard d'appel, une tentative pour retrouver un appui restructurant qui lui permette de retrouver une image de soi plus sécurisée. A travers ce deuxième type de regard, ces adolescents semblent appeler une empathie qui évoquerait ce qui a été décrit dans la relation entre le tout-petit et sa mère. Il se pourrait qu'ils manifestent de cette façon leur besoin d'étayage pour permettre la reprise de l'élaboration psychique que les circonstances ont stoppé.

B. Lecture de la clinique de Marion au regard de ces observations

L'histoire de Marion met en évidence des problématiques initiales qui ont très certainement entravé les relations primaires (hydramnios, immobilité fœtale, hypotonie néonatale, difficultés dans l'allaitement...). En réaction à ces circonstances, il semblerait que la mère ait développé une relation fusionnelle avec sa fille qui fait obstacle à l'introduction du tiers, en l'occurrence le père. Celui-ci de part sa propre histoire, n'a pas eu de modèle paternel fiable qui ait pu lui permettre de se construire en tant que figure paternelle suffisamment solide pour faire face aux circonstances.

Par ailleurs on retrouve chez Marion, des confusions entre son histoire et celle de sa mère. Elle montre également des difficultés dans la mentalisation et l'élaboration de processus créatifs. Elle semble avoir du mal à verbaliser ses émotions. J'ai trouvé dans les écrits de S. Robert-Ouvray, une explication qui pourrait convenir dans le cas de Marion :

« Si la mère ne sait pas différencier ses propres besoins de ceux de son enfant, si elle n'a pas de désir pour lui de le voir devenir autonome, le désir de la mère devient le besoin de l'enfant et capture l'enfant... »

Certaines personnes restent prisonnières de cette liaison archaïque : toute stimulation les plonge dans un état émotionnel tel, qu'elles ne peuvent ni penser, ni réfléchir, ni analyser la situation qu'elles vivent. De nombreux enfants, au moment de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, laissent apparaître cette liaison emprisonnante : ils pleurent au moment de lire, ne peuvent rien apprendre, « savent tout, et oublient dès qu'ils sont à l'école » ; si les connaissances peuvent être acquises à un niveau cognitif, elles disparaissent dès qu'il s'agit de les montrer à autrui, dès que la relation et l'émotion apparaissent. » (Robert-Ouvray S. 2002, p 144)

Dans son dessin du bonhomme, pour son premier jet, Marion ne dessine qu'une figure qui remplit la feuille, montrant ainsi son désinvestissement du reste du corps.

Ainsi dans son cas, même s'il existe des facteurs étiologiques génétiques, qui entravent le bon fonctionnement de l'hypothalamus et donc le contrôle de la satiété, l'obésité semble s'être développée du fait de la présence de déterminants psychologiques. Marion trouverait dans son obésité une protection face à l'intrusion de l'environnement, suite à l'échec de la différenciation d'avec sa mère et de son individuation.

Marion vient nous solliciter à travers une certaine adhésivité. Son regard et ses mots sont en quête d'une réponse de soutien, qu'elle obtient de la part de ses parents, de certaines de ses camarades à qui elle demande de l'aide. Pour J.M. Forget (2008, p 17) l'enfant met en scène ce qu'il ne peut pas dire, puisque l'adulte en face de lui est persuadé de tout savoir et d'avoir la bonne réponse. L'enfant fini par renoncer à essayer de dire les choses en face. Lors de sa mise en scène il sollicite le regard d'un témoin fiable. Il attend de celui-ci qu'il lui porte attention et l'aide à mettre du sens sur sa mise en scène. (Forget J.-M., 2008, p 27)

Nous avons vu que l'individuation de l'enfant se construit progressivement lors de la maturation et par intégration du Moi. On observe un Moi indifférencié de l'environnement dans les premiers mois où il se trouve dans un état de dépendance absolue à la personne qui s'occupe de lui. Il va peu à peu comprendre que l'autre n'est pas totalement lui, dans l'attente de réponses à ses besoins, que la mère diffère progressivement en fonction de la capacité de son nourrisson à faire face à la frustration. La mère se détache ainsi peu à peu de l'état fusionnel dans lequel elle se trouvait avec son enfant pour ses propres besoins de retrouver sa vie de femme, permettre à son enfant de devenir plus autonome et de construire sa personnalité.

Nous avons vu dans le cas de Marion que différents processus pourraient avoir échoué :

- 1- La rêverie maternelle a pu être entravée en fin de grossesse et nuire aux premières interactions.
- 2- Le holding du premier mois est perturbé par une hospitalisation et une hypotonie néonatale.
- 3- Tout en répondant aux besoins vitaux de sa fille, sa mère accaparée par ses propres angoisses n'a peut-être pas été suffisamment attentive aux besoins internes de son enfant.
- 4- L'état d'angoisse de la mère et son vécu personnel dans l'enfance ont peut-être empêché que celle-ci mette en mots les ressentis de son bébé.
- 5- La peur de la mort de son enfant entrave chez la mère toute tentative de séparation qui pourrait permettre à Marion de prendre conscience de son identité.
- 6- L'état fusionnel de la mère avec ses enfants fait obstacle à l'introduction du tiers séparateur en l'occurrence le père déjà affaibli par une image paternelle défaillante.
- 7- L'obésité de Marion peut être une protection contre l'intrusion de l'environnement puisqu'elle n'a pu se construire un axe intérieur suffisamment solide. Mais elle peut également avoir une origine génétique et/ou avoir été provoquée par un dérèglement de l'alimentation consécutif aux angoisses de la mère (gavage).
- 8- L'obésité installée précocement chez Marion nuit à son activité physique, aux situations de portage qu'elle pourrait encore être amenée à vivre, aux relations avec ses pairs, à son estime de soi.
- 9- Notons que les difficultés motrices de Marion entravent fortement son autonomie lors de sa toilette et pour son hygiène intime. Il semblerait que ce soit son père qui subvienne à ses besoins dans ce dernier cas.

C. Le « gavage psychique »

Katryn Driffield, docteur en psychopathologie a mené un travail de recherche sur la genèse de certaines formes de l'obésité. A partir de sa clinique et des recherches qu'elle a menées, elle présente son approche théorique nouvelle qu'elle a définie comme « gavage psychique ». Elle inscrit son approche dans le prolongement des

travaux de Winnicott, sur l'importance de l'environnement dans l'élaboration des troubles ultérieurs. Elle évoque tout d'abord l'ambiance de « nourrissage » décrite par Winnicott (1960,1988), pendant laquelle le bébé se crée une première « théorisation », une organisation fantasmatique autour de la façon d'avoir été nourri. Elle s'appuie également sur les avancées de la pédiatre psychanalyste américaine Hilda Bruch (1964, 1973), qui met en évidence l'obésité comme une conséquence comportementale au gavage « externe » comme une réponse compensatrice à un traumatisme, ou comme résultant d'un besoin mal repéré ayant conduit à une confusion d'affects. Pour Katryn Driffield, il existe une composante psychique qui se surajoute à ce gavage alimentaire. La mère essaye de qualifier le mal indistinct de son tout petit correspondant à ce qu'elle imagine comme source de désagrément et tente d'apaiser la tension par un geste approprié. « Cet organisateur psychique équivaut à des prépensées de la toute-petite enfance, avant la parole, organisant l'affect par une pensée ayant différencié moi/autre, avant/ après, etc.... » :

« Ainsi, les névroses de comportements alimentaires et plus particulièrement l'obésité, sont-elles à considérer à la fois comme une pathologie des carences dans l'apport qualitatif des soins maternels, dans le rapport au père, en ce qu'il incarne un manque évident de « tiercéité » et une pathologie des excès du côté des excitations à la fois internes et externes non psychisées (Brusset, 1991 ; Corcos,2000,2005). Ainsi les défaillances de construction du moi ont débordé le sujet dès l'origine, le privant peu ou prou des capacités d'élaboration nécessaires au dépassement du traumatisme consécutif au gavage. Les registres somatique et psychique demeurent indissociables dans cette pathologie, le corps étant convoqué en lieu et place de la psyché. » (Driffield K., 2013 p 38)

« Il m'a semblé que la gavage psychique rend plus précisément compte d'un acte subi par l'enfant à l'aube même de sa vie, le nourrissage par une mère se défendant de vécus dépressifs, se clivant de la capacité d'élaboration des affects, portée donc non à nourrir, mais à gaver son enfant pour se sentir exister... Son geste de gaver évacue dans l'enfant son malaise, le remplit de nourriture qui ne peut être qualifiée d'apaisante... Pour la mère qui deviendra » gavante »,..., est avant tout une évacuation de ce qu'elle n'a pas pu penser et de ce qu'elle n'a pas élaboré. »

Les éléments cliniques observés dans la première partie, les observations de l'institut Saint-Pierre et cette approche théorique du « gavage psychique » se rejoignent pour inscrire l'obésité dans un contexte de difficultés d'ajustement lors des relations précoces de la petite enfance et donc dans une défaillance du *holding* constitué de ses composantes physique et psychiques du portage.

II - LE PORTAGE

A. Le portage chez les animaux

Le portage est universel. Il n'est pas seulement spécifique à l'être humain, on le retrouve également chez la plupart des mammifères mais également chez d'autres espèces animales. Il fait partie des conduites maternantes observées entre un adulte et son petit.

Pour exemples, les femelles primates portent leurs petits d'abord sur le ventre puis sur le dos. Dans l'eau, la jeune loutre marine se tient sur le ventre ou le dos maternel. La jeune chauve-souris enroule ses ailes autour de sa mère et, bien serrée contre elle l'accompagne à la recherche d'insectes.

Certains oiseaux aquatiques comme le cygne, font des séjours sur le dos maternel pour se reposer lorsqu'ils sont fatigués de nager.

Les poussins manchots restent blottis pendant près de deux mois sur les pattes de leur mère ou de leur père.

La mère hippopotame porte son petit sur son dos dans l'eau jusqu'à ce qu'il puisse se débrouiller tout seul.

Chez les animaux, le portage s'observe le temps que le petit puisse se débrouiller seul. Les animaux ont cet instinct naturel de savoir, sauf accidents, quand ils doivent cesser de prendre en charge leurs petits. La maman hippopotame porte son petit sous l'eau, jusqu'à ce qu'elle le sente autonome, elle s'enfonce alors progressivement vers le fond, pour qu'il se débrouille seul. La maturité est plus précoce que chez les humains. Le portage chez les animaux permet avant tout de mettre le petit en sécurité. Chez les humains, l'ajustement semble plus difficile. Certains parents ne soutiennent pas assez leur enfant qui se retrouve en situation d'insécurité, ou le portent trop longtemps, pour qu'il puisse se construire de façon autonome. Toutes les nuances entre ces extrêmes sont observables.

B. Le portage chez les humains

1. Les bienfaits du portage¹⁸

¹⁸ <http://www.allaitement-informations.org/Impression.html&idPage=47>

Chez les humains, le portage permet au bébé de revivre des sensations intra utérines comme la contenance, les balancements, la chaleur, l'écoute des battements du cœur, l'odeur maternelle... Il offre ainsi une véritable transition en douceur vers la vie autonome. Réchauffé par les bras du porteur, en sécurité si tout se passe bien, il peut découvrir son environnement en toute confiance.

"L'enfant obéit à son instinct d'aller vers l'inconnu pour autant que le connu lui est assuré."

Marie-Thérèse Ribeyron¹⁹

Etre porté donne un autre point de vue de son environnement en changeant la hauteur et parfois l'orientation de la vision. Le rythme binaire du balancement est très souvent un apaisement pour le tout-petit. Les manipulations lors du portage, le changement de position, la mise en mouvement du corps, peuvent aussi faciliter la digestion. Ces mouvements du porteur stimulent le système vestibulaire (partie de l'oreille interne qui donne le sens de l'équilibre). Les systèmes auditif et visuel sont stimulés en même temps et donnent des informations proprioceptives à l'enfant.

Cette stimulation vestibulaire « aide les bébés à mieux respirer, à mieux grandir, régule leur physiologie et améliore leur développement moteur » (Sears, 2001).

2. Le « Holding » de Winnicott

Selon Winnicott, dans les tout premiers stades de la vie et en particulier dans les premières semaines qui suivent la naissance de l'enfant, la mère se trouve dans un état de dévouement complet à son nouveau-né que Winnicott nomme « préoccupation maternelle primaire ». Celui-ci se développe pendant la grossesse avec une sensibilité accrue dans les dernières semaines de gestation et dans les premiers jours qui suivent la naissance. Il se poursuit pendant les quelques semaines qui suivent la naissance de l'enfant. Grâce à cet état, si la mère est

¹⁹ *Marie-Thérèse Ribeyron, Au commencement était la peau (Guide Ressources, vol.7, no. 4, 1991)*

« suffisamment bonne », elle permet à son nouveau-né d'accéder au « sentiment continu d'exister ». Au contraire, les carences maternelles provoquent des phases de réaction qui interrompent « la continuité d'être » et dans l'excès représentent une menace d'annihilation. Le dévouement de la mère dans ces premières semaines, permettra « au petit enfant de commencer à exister, d'avoir des expériences, d'édifier un moi personnel, de dominer ses instincts et de faire face aux difficultés inhérentes à la vie. Cette « identification primaire » qui permet à la mère de se mettre à la place de son nourrisson, lui permet de s'adapter à ses besoins :

« Elle se rend compte que l'activité la plus simple est aussi la plus fondamentale, à savoir le contact non actif entre la mère et son enfant : tous deux ont le sentiment de ne faire qu'un alors qu'en fait ils sont deux. Cette expérience permet au bébé d'être, ce qui lui donnera par la suite la possibilité d'agir, de faire, et de subir. C'est ainsi que le nourrisson devient progressivement capable de faire l'expérience de soi. » (Winnicott, 2006, p 59)

C'est à travers les différentes façons de s'occuper de son enfant et en participant activement au « holding » et au « handling » que la mère dont le rôle est fondamental dans le développement psychosomatique lui permet d'avoir ce sentiment continu d'exister.

Le « holding » correspond au portage physique et psychique du bébé.

Le « handling » est la manière d'être concrètement en contact avec le bébé, dans les soins du maternage.

« L'object presenting » renvoi à la manière dont la mère propose le monde à l'enfant. C'est la capacité de la mère à mettre à disposition de l'enfant l'objet, en particulier le sein, pour lui permettre d'avoir l'impression de l'avoir créé et d'avoir cette illusion de toute puissance.

A travers « l'identification primaire », la mère s'identifie à son bébé et le bébé s'identifie à sa mère. Pour Winnicott c'est à ce moment que le mot « être » prend sens.

« L'immaturation du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. » (Winnicott, 2006 p 82)

L'expérience du soi que le tout-petit va pouvoir vivre grâce au dévouement de sa mère est à la base de l'intégration des expériences ultérieures. Selon Winnicott, si la mère est en bonne santé et si tout se passe bien, c'est à travers ce

comportement adapté que s'établissent « la force de caractère et la richesse de la personnalité. »

Mais au cours de son développement l'enfant doit aussi apprendre à se séparer peu à peu de sa mère. Winnicott (1974) évoque ces étapes de la dépendance totale à la dépendance relative qui le mène à l'indépendance et à la subjectivité.

Dans les premiers jours de vie de Marion, l'état hypotonique qui s'accompagne parfois de difficulté dans le nourrissage a pu être un obstacle à ce tout premier accordage. Il a d'ailleurs été observé des difficultés de sphinctérisation²⁰ de la bouche, persistantes lors du bilan de ses 5 ans. Pour avoir l'assurance qu'elle mange suffisamment il est possible qu'on l'ait sollicitée avant qu'elle le demande, la privant ainsi de cette illusion de toute puissance. Il est même possible qu'elle ait été perfusée dans les premiers jours de son hospitalisation. L'angoisse persistante de la maman au sujet de ses enfants nous laissent envisager que la situation a perduré. Pour lutter contre ses propres angoisses, elle a pu devancer les besoins de sa fille qui n'a donc pas eu besoin d'apprendre à différer ses attentes. On retrouve dans les colères de Marion et dans ses obstinations le besoin d'avoir tout, immédiatement. Il est possible que ce type de réponse dans l'alimentation, conjuguée à des prédispositions génétiques, ait pu provoquer la situation pondérale de Marion. Les expériences vécues la situent d'emblée dans un état de dépendance que renforce l'incapacité de sa mère à accepter la séparation.

Je fais également l'hypothèse que Marion n'a peut-être pas non plus la capacité d'être seule en présence de l'autre également décrite par Winnicott. La toute-puissance de sa maman et son habitude de tout contrôler m'amènent effectivement à penser qu'elle n'a pu laisser Marion vivre des expériences, seule. Cette capacité « dépend de la conscience qu'à le petit enfant de l'existence ininterrompue d'une mère à laquelle on peut se fier ; la sécurité qu'elle apporte ainsi lui rend possible d'être seul et de jouir d'être seul, pour une durée limitée. » (Winnicott, 2006, p 83). Il est probable que dans le dialogue tonique avec sa mère, Marion a pu ressentir cet état d'anxiété. L'angoisse de mort qui préexistait à sa naissance, du fait de l'immobilité fœtale, a perduré dans sa petite enfance et

²⁰ Cf. glossaire

reste présent sept ans après sa naissance. On ne peut nier que ces circonstances aient eu un impact sur les ressentis de Marion.

« A l'aube de toute pensée, le bébé est dans la sensation. Le seul mode de connaissance pendant les premières semaines de vie se fait sur le modèle de la perception sensorielle et plus précisément de la perception proprioceptive dont l'expérimentation corporelle passe par la tonicité. » (Robert-Ouvray, 2002, p 115)

3. Le dialogue tonique prélude à la communication

Julian de Ajuriaguerra s'est appuyé sur les travaux d'Henri Wallon, pour qui le développement de l'enfant ne peut se faire sans son environnement humain. Il développe l'idée selon laquelle la communication infra-verbale des premières relations entre la mère et son nourrisson est à la base de la communication verbale ultérieure qui se mettra en place progressivement quand le besoin s'en fera sentir, c'est-à-dire quand la mère se détachera peu à peu de cet état fusionnel :

« La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au développement verbal ultérieur et que nous avons appelé le « dialogue tonique ». Ce dialogue tonique qui jette le sujet dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps. » (Ajuriaguerra, 1962, p 171)

Suzanne Robert-Ouvray, reprend l'idée d'une expression corporelle innée qui serait à la base des premiers échanges, des premières communications, jusqu'à l'apparition du langage verbal :

« Le bébé naît avec de nombreuses compétences ... Dans les premiers mois de la vie, et plus particulièrement dans le premier semestre après la naissance, le seul moyen pour le bébé de faire connaître ses besoins et ses tensions est l'expression motrice périphérique. Dès la naissance, il est engagé dans un jeu moteur qui, jusqu'à l'apparition de la parole, est « l'unique expression » et « le premier instrument » du psychisme. (Wallon, 1934) » (Robert-Ouvray, 2002, p 121)

Suzanne Robert-Ouvray s'est intéressée au processus de base qui assure le narcissisme primaire et qui permet de passer à un niveau d'organisation psychique plus élaboré. Elle estime que le développement psychomoteur se construit selon un système intégratif qui comprend cinq niveaux d'organisation qui s'étaient les uns sur les autres (tonique, sensoriel, affectif, représentatif, et langagier). Dans son

travail, le toucher et le holding semble être des précurseurs nécessaires à ce développement :

« Du fait de la précocité de l'établissement de rapports psychomoteurs, le toucher et le holding seront au centre du problème, non seulement comme une source de satisfaction primaire mais comme le support et l'agent actif de l'intégration psychomotrice et de la communication émotionnelle. » (Robert-Ouvray, 2002, p 20)

Le niveau tonique est le seul niveau d'organisation présent à la naissance (Hypertonie /hypotonie). Puis grâce à la mère qui lui donne ce sentiment continu d'exister, le bébé accède au niveau sensoriel. Il peut ainsi distinguer ce qui est mou de ce qui est dur. Puis grâce aux interprétations que sa mère fait de ses réactions, il atteint le niveau affectif.

« Si la mère a la fonction capitale d'assumer la fonction « d'appareil à penser » (Mac Dougall, 1989), elle assume également la fonction d'appareil à sentir et à éprouver les relations tonico-émotionnelles infra-verbales.

C'est elle qui parle à l'enfant de ce qu'il vit, de ce qu'elle ressent de lui, et c'est elle qui met des mots sur les affects potentiels du bébé : « Je vois que tu es contente » ; « Non, tu n'es pas heureux aujourd'hui » ; « tu as faim, tu es gourmand », etc.... » (Robert-Ouvray, 2002, p117)

Le niveau représentatif va se construire à partir de la différenciation entre le soi et le non-soi, qui lui-même dépend de la distorsion que la mère va provoquer peu à peu entre le besoin ou désir de l'enfant et la satisfaction de ce besoin. La représentation se construit donc dans la capacité à différer. Pour pouvoir attendre, l'enfant doit se représenter ce qu'il attend.

Marion hospitalisée lors du premier mois de sa vie a été moins portée qu'un enfant en bonne santé. Il y a donc moins d'occasions de dialogue tonique. Les circonstances ont peut-être dû différer l'accordage entre elle et sa mère déjà fragilisée par les angoisses pré et néo-natales. Il est peu probable que cette maman ait pu mettre des mots sur son angoisse, laissant Marion, dans un ressenti d'insécurité incompréhensible pour le nourrisson qu'elle était. Parallèlement sa mère était trop préoccupée par ses propres ressentis pour décrypter ceux de son bébé. On peut voir dans ces premiers échecs de la communication les raisons de la difficulté de Marion à verbaliser ses affects. Nous avons vu aussi que les préoccupations de la maman ont entraîné chez elle un attachement fusionnel qui interdit toute séparation naturellement propice à l'élaboration des premières représentations. Je fais le rapprochement avec les difficultés de représentation

graphique de Marion. Pouvons-nous dire qu'elles trouvent leur origine dans le manque de représentations précoces de cette période ?

4. Sensations vestibulaires et kinesthésiques

André Bullinger (Bullinger, 2012) considère que les flux sensoriels contribuent à l'élaboration représentative de l'organisme. Ils vont mettre en forme l'organisme pour lui permettre « de déployer des actions finalisées. »

Les flux seront perçus par les organes sensoriels : les flux visuels par les yeux, les flux auditifs par les oreilles, les flux olfactifs par le nez, les flux tactiles par la peau et les muqueuses, les flux vestibulaires, par l'oreille interne.

Le système cutané est le premier à se développer (autour de la zone orale), puis le système vestibulaire se met en place. Les accélérations que subit le fœtus (la pesanteur et les mouvements de l'enceinte utérine) sont perçues par l'oreille interne et entraînent de nombreux mouvements du corps.

Marion pour qui a été constaté une immobilité fœtale a donc certainement été privée d'une partie de ces sensations. Ensuite son premier mois d'hospitalisation a également limité ce type d'expériences par défaut de portage physique. Plus tard, les premières expériences motrices permettent au bébé de s'organiser face au flux gravitaire. Il apprend la verticale grâce à la coordination entre la proprioception qui perçoit la pesanteur et les flux visuels qui orientent son regard. Il redresse sa tête à la verticale et construit progressivement son axe. « On peut saisir ainsi l'importance d'un traitement du flux gravitaire par l'enfant comme soubassement de sa présence au monde. » (Bullinger, 2012)

Chez Marion, l'hypotonie a pu être un obstacle à la constitution de son axe. La lecture de son dossier ne m'a pas fourni d'indication concernant sa verticalisation et l'acquisition de la marche. Mais ses compétences motrices sont limitées. La fragilité interne et l'hypotonie auraient pu être compensées par un remplissage. Son obésité, diminue l'amplitude articulaire : elle peut rester droite, parce qu'elle ne peut plus s'écrouler ni se plier. On pourrait évoquer l'image d'un bonhomme gonflable sans solidité interne mais rendu rigide par un remplissage d'air. Une prise de conscience d'une densité interne et en particulier de son squelette, pourrait inverser le processus. A travers le portage, l'enfant peut sentir la solidité de ses os là où ils sont proches de la surface du corps au niveau des articulations ou de la

tête par exemple.

5. Le portage « psychique »

Nous avons vu que les circonstances angoissantes de la période périnatale ont très certainement eu un impact sur l'état psychique de la mère de Marion. Sa petite enfance est également marquée par des difficultés relationnelles préjudiciables à la mise en place de ses propres capacités de communication. Il semblerait qu'elle n'ait pas su mettre des mots sur les ressentis de Marion qui peine à se faire des représentations, et à exprimer ses affects. Le portage psychique normalement assuré par la personne maternante a fait défaut. Marion a mis en place des comportements qui lui permette de se sentir exister, de se sentir soutenue.

Elle recherche des limites à travers ses provocations, à notre encontre ou à celle de son père. Elle demande explicitement la « punition » et « l'enfermement » dans sa chambre. Elle se fabrique des enveloppes protectrices à travers les cabanes qu'elle veut construire. Comme si le Moi-Peau (Anzieu, 1985, p 3) ne suffisait pas à assurer la fonction de pare-excitation. Il me semble, qu'au-delà de toute la complexité de son histoire et de celle de ses parents, Marion manifeste clairement le désir, si ce n'est le besoin, d'être portée physiquement et psychiquement.

Comme pour le tout-petit enfant, un aller-retour entre ces deux composantes est nécessaire et permet de donner du sens à l'un et à l'autre.

Winnicott (1974, p 230-231) évoque cette intrication des deux aspects de la fonction de maintien (holding) au sujet des patients dans l'analyse. Il explique que c'est la compréhension des angoisses du patient qui est nécessaire pour ce maintien, mais quand cette compréhension échoue ou tarde à venir, le maintien peut s'exprimer occasionnellement physiquement :

« Il y a des moments où vous promenez votre enfant dans vos bras parce qu'il a mal aux oreilles. Des mots réconfortants sont inutiles. Il y a probablement des moments où un patient psychotique a besoin d'être tenu physiquement ; mais, en fin de compte, c'est la compréhension et l'empathie qui seront nécessaires. »

Jean-Marie Forget (2008, p 10) fait état d'une société qui accepte plus difficilement les limites et « disqualifie les parents dans leur rôle ». Il évoque

(2008, p 16) un jeune patient, dont le père est dépendant à l'alcool, qui ne se sent pas autorisé à dire combien il est bouleversé par la défaillance de son père. A la recherche d'une autorité rassurante il le fait savoir par un passage à l'acte. Je n'ai pu m'empêcher de voir les similitudes avec l'histoire de Marion, et ses provocations envers son père qui semblent lui dire de réagir et de se montrer fort. Elle semble attendre une réaction.

Pour que l'enfant ou l'adolescent puisse se construire une identité, il faut qu'il puisse avoir en référence un adulte qui soit lui-même capable d'accepter des limites. Cet adulte doit donc lui-même avoir été confronté à des interdits qu'il a accepté et intégré. Il peut alors à son tour transmettre des limites et des interdits qu'il incarne :

« Il est indispensable qu'il (l'enfant ou l'adolescent) puisse trouver chez ses interlocuteurs une parole fiable, une restriction de jouissance liée à une satisfaction différée, un interdit assumé, pour que son identité se trouve validée et puisse lui fournir une forme d'assurance dans ses tâtonnements. » (Forget, 2008, p 28)

Dans son quotidien avec ses parents, comme dans ses jeux symboliques Marion montre de la colère à l'égard de sa mère, et de son père. Elle dit avoir envie de ne plus les voir. Comme elle peine à exprimer clairement ses émotions, la colère est toujours accompagnée d'une sorte de raillerie. Il est difficile de savoir si la colère est réelle ou si c'est une forme de provocation, un jeu instauré. Peut-être ne le sait-elle pas non plus. Quand lors des séances, nous jouons la colère ou la tristesse, elle est interloquée et ne semble pas comprendre ce qui se passe. Elle a besoin de nous interroger sur la véracité de la situation.

Marion a besoin de se réapprendre en tant qu'individu séparée de sa mère. Il faudrait qu'elle sente les limites de son corps, et qu'elle apprenne à élargir son vocabulaire sensoriel en l'incitant à être plus attentive à ce qui se passe à la surface de son corps puis plus profondément, qu'elle sente une solidité interne sur laquelle elle pourrait s'appuyer. L'hyperphagie qui provoque l'obésité, me fait penser à un besoin de ressenti interne par absorption compulsive des aliments, un peu comme les stéréotypies gestuelles des autistes leur permettrait de sentir leur corps pour se sentir exister. Les soucis d'alimentation dans la toute petite enfance, avec une préoccupation presque obsessionnelle de la mère que l'enfant mange bien

pour qu'il survive pourrait expliquer l'installation de ce type de comportement : ne se sentir exister que dans l'absorption d'aliments.

Est-il possible que la psychomotricité lui permette de vivre ou de revivre à travers des expériences corporelles, les sensations qui lui font défaut. Il faudrait qu'elle puisse se faire de nouvelles représentations en l'aidant à mettre des mots sur les ressentis sensoriels et émotionnels qu'elle n'a pas pu intégrer dans la petite enfance.

III - LE PORTAGE DANS LA PSYCHOMOTRICITE

« Au cœur des processus qui sont à l'œuvre dans les pratiques psychomotrices, la notion de « portage » revêt une place centrale mais souvent peu ou mal définie qui nécessite qu'elle soit questionnée et travaillée... » (BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., 2007, p2)

Tout au long de ce travail de réflexion sur la problématique qui m'avait inspiré, j'ai douté de la pertinence de mes hypothèses. Le mot « portage » était pour moi essentiel mais il se confrontait à l'usage un peu exclusif que l'on rencontre autour du soin des tout-petits. J'ai trouvé chez Winnicott une première confirmation que l'usage du « holding » pouvait s'étendre à tous les âges. (Cf. supra p.64)

Cette première citation issue de la réflexion de Jérôme Boutinaud et Marc Rodriguez me conforte davantage. La suivante vient étayer mon hypothèse de la fragilité interne de Marion compensée dans la nourriture (Cf. supra II B. 5. p.29)

« Le portage, à l'instar du concept de « holding », ne nous renvoie pas seulement aux qualités psychiques et matérielles de nos espaces de travail ou aux soins apportés aux bébés aux étapes les plus précoces du développement de la psyché, il questionne également la manière dont cette notion peut être convoquée à tous les âges de la vie ainsi que dans la sphère de la pathologie. Cette dernière vient en effet mettre en évidence les aléas, transformations et défaut plus ou moins mortifères qui peuvent venir frapper la capacité des sujets à pouvoir se porter et se sentir portés physiquement et psychiquement à l'intérieur d'eux-mêmes. » (BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., 2007, p 3)

Compte-tenu du poids de Marion, le portage physique avec un soulèvement global ou partiel de son corps est compromis. Cependant, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, il nous est arrivé de trouver des solutions pour le mettre en œuvre lors des séances. Je les reprendrai plus loin en évoquant les

médiations. (Cf. infra p.75)

Nous avons vu également que le « portage psychique » est également essentiel dans le développement et l'accompagnement de l'individu. Il sera évidemment essentiel pour Marion dont les parents semblent démunis pour faire face à la tâche à entreprendre pour accompagner Marion vers un changement de comportement.

Mais il me semble nécessaire de ne pas négliger une approche corporelle sous-prétexte que le mouvement est difficile pour elle. Elle me semble au contraire d'autant plus indispensable, comme elle l'est pour les tout-petits dont les représentations sont encore archaïques. Les propos de Suzanne Robert-Ouvray viennent ainsi préciser en effet cette spécificité de l'approche psychomotrice du soin :

« Issue du domaine de la psychiatrie, la psychomotricité s'occupe des troubles de l'espace-temps, des difficultés de structuration du schéma corporel, des dysharmonies tonico-affectives. Son champ d'action se trouve ainsi dans une pluri-spatialité qui allie la neuro-motricité, l'affectivité et la sphère cognitive. Elle ne vise pas l'efficacité motrice mais tente de restructurer l'ensemble de la personnalité en réactivant les processus de dialectisation entre le sujet et son corps et entre le sujet et son environnement. Les modes d'approche sont nombreux, ils vont de la directivité à la non-directivité, du jeu à l'apprentissage mais restent néanmoins toujours basés sur une approche corporelle. » (ROBERT-OUVRAY, 2002, p17)

A. Le portage physique et psychique du psychomotricien

« ... du fait de son engagement corporel, aussi constant qu'ajusté, le psychomotricien a de part sa formation, et parmi les autres thérapeutes, le rôle professionnel le plus spécifique pour mettre en travail la double dimension physique et psychique du portage. » (Gaucher-Hamoudi O., 2007, P 5)

1. Pour le patient

Le portage se manifeste essentiellement à travers l'écoute, la compréhension, l'empathie du psychomotricien pour son patient. Il nécessite une grande capacité de patience, d'observation, de la disponibilité psychique mais aussi une grande capacité d'analyse des situations et de ses propres fonctionnements. Tout en exprimant cette proximité et ce soutien à son patient, il doit veiller à ne pas l'envahir et à lui apprendre à trouver en lui les appuis qu'il lui fournit temporellement, comme les animaux le font avec leurs petits :

Un psychothérapeute est une personne émotionnellement disponible pour la personne dont il s'occupe : il est capable de ressentir, d'être empathique, d'intégrer, d'être avec la personne tout en étant séparé. Il est dans un ajustement tonico-affectif : à partir de son ressenti, il peut aider autrui à analyser ses états émotionnels qui adviennent pendant la séance, et amener la personne à leur donner un sens.

Cette capacité, qui demande de longues années de travail personnel au psychothérapeute, est « donnée » à la mère dans sa régression post-partum qui s'accompagne d'une grande acuité corporelle...» (Robert- Ouvray, 2002, p 139-140)

Il est donc possible de se représenter le thérapeute comme un « maternant temporaire » qui utilise les mêmes dispositions observables chez la « mère suffisamment bonne » décrite par Winnicott. Simplement, averti des aléas qui peuvent s'installer dans une telle relation, il y sera plus vigilant ou tentera de l'être. Comme nous l'avons vu l'enjeu essentiel de cette relation précoce privilégiée est le développement d'un être social, dépendant des autres par nature mais dont la solidité interne s'est suffisamment construite dans ces premiers liens pour dans une communication la plus harmonieuse possible avec lui-même et avec son environnement. En 1960, Julian de Ajuriaguerra écrit à propos du dialogue tonique :

« Le dialogue tonique qui s'instaure entre le patient et le thérapeute au moment de la cure doit être compris pour une part, du moins, comme une reviviscence structurante du dialogue corporel, de contact et à distance, qui a été vécue entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie. »

« L'aide que le thérapeute peut apporter aux personnes reposera sur la reprise de la communication émotionnelle qui met en jeu les niveaux intégrés des deux partenaires interactifs. Nous pouvons voir l'effet thérapeutique comme la capacité du thérapeute à provoquer la vocation (vocare=appeler) du sujet à entrer en communication avec nous. C'est sa réponse qui nous identifie comme thérapeute...

Le holding, par le jeu sensoriel qu'il entraîne, est le support relationnel primaire de l'intégration psychomotrice. Il ne peut plus se définir comme une simple satisfaction de besoins primaires car son effet communicationnel le met au premier rang de l'acquisition du langage. » (Robert-Ouvray, 2002, p 258)

2. Pour la famille

Nous l'avons vu l'Homme est un être social et dépend de son environnement. Il existe une sorte de « perméabilité » entre les individus et leur environnement qui conditionne l'état et le comportement des uns et des autres. On peut entendre parfois que le comportement de l'un « déteint » sur celui de l'autre. Quand une prise en charge thérapeutique est mise en place et ce particulièrement dans le cas

d'un enfant, il est indispensable que sa famille adhère à la démarche thérapeutique dans une sorte d'alliance tripartite, pour que le patient y soit plus sensible. Une opposition de la famille risquerait en effet de provoquer l'échec par de l'immobilisme, du refus de coopérer, de l'opposition...Un fonctionnement dans la famille contradictoire avec les préconisations pourrait provoquer une très grande incompréhension, moins d'efficacité et une sorte d'inquiétude ou de désorganisation.

B. Quelles médiations ?

Lors des séances avec Marion, une fois que cette problématique m'a semblée évidente, j'ai senti que j'étais à l'affût des situations propices à la mise en place d'une forme de portage. C'est en partie parce que Marion portait ces poupées dans ses bras avec beaucoup d'attention et de façon répétitive que j'ai pensé au portage. Mais mon problème était que je ne pouvais matériellement pas la porter au sens premier du mot.

C'est quand elle est montée à l'espalier que s'est présentée la première situation. Il me fallait lui proposer un support contenant, propre à la rassurer : un appui de ma main dans son dos, puis de mon bras, puis de mon corps, en montant sur l'espalier avec elle, en encadrant son corps de mes bras sur lesquels j'exerçais une traction. Je crois que l'on peut parler ici d'engagement corporel du psychomotricien ! Plus tard, j'ai eu l'occasion de l'entourer avec un drap, et de lui caresser la tête, Nous l'avons fait s'asseoir sur une planche posée sur des roulettes. Elle s'est également mise debout sur un skate, avec des appuis sur mes bras.

J'ai eu également l'occasion de mobiliser une partie de son corps : la tête, une jambe, un bras... elle a semblé pouvoir se poser dans ce portage.

A d'autres occasions et plusieurs fois, nous nous sommes opposées corporellement dans des repousser, dos à dos, épaule contre épaule. Nous nous repoussées par les mains, et nous nous sommes aussi « tirées » l'une et l'autre quand Marion jouait la « fille qui fait des bêtises ». Ces dernières situations n'engendraient pas forcément de mouvement mais elles permettaient à Marion de ressentir son enveloppe, sa peau, ses muscles. Nous confrontions nos masses respectives.

Ces propositions n'étaient pas trop à l'initiative de Marion au début. Mais sa

demande d'expérimenter la toupie dans l'une des dernières séances a été la confirmation de son besoin de telles expériences.

D'autres prises en charge de mon stage m'ont amené à penser au portage. Je pense à deux petits garçons entre 7 et 9 ans. L'un est un enfant abandonnique et nous sommes passés par le corps à corps dans la lutte avant qu'il me demande explicitement de le porter dans mes bras en faisant allusion à mon éventuelle incapacité à le faire. Je l'ai pris au mot, et pris dans mes bras. Porté comme un tout petit, cet enfant de nature plutôt agité, tout le temps en mouvement, s'y est abandonné dans une sorte de stupéfaction mélangée de bien-être, jusqu'à ce qu'il revienne de cette expérience et réinvestisse son personnage de « petit mec costaud qui n'a peur de rien. »

Le second également agité, plus jeune, disait ne pas pouvoir contrôler certaines pulsions motrices qui animaient son corps lors de crises qui survenaient à l'imprévu. Dans les premières séances il grimpait d'emblée tout en haut de la structure et se jetait sur les tapis dans une prise de risque très incontrôlée et dangereuse. A travers le jeu symbolique, nous en sommes venus à construire quelques histoires qui se terminaient invariablement par une morsure de serpent (nous en avons un grand en peluche), qui le mettait dans une sorte de coma. Très souvent il me fallait l'extraire du tonneau où le serpent l'emportait, le porter sur un matelas où je le soignais avec la mallette de docteur, et avec une balle à picots « magique » que je passais sur tout son corps. Il se laissait alors aller les yeux fermés, le corps détendus. Il attendait que toutes les parties du corps soit passées en revue pour ressurgir en ouvrant les yeux, et avec un grand sourire.

Odile Gaucher Hamoudi évoque ses expériences dans un article, « *le portage au travers de pérégrinations d'une psychomotricienne.* » Pour elle, le portage est une façon d'être en tant que thérapeute et peut-être même dans la vie de tous les jours, en étant disponible et étayant pour les autres :

« Le portage est une attitude, une disponibilité psychique et/ou physique qui permet d'étayer suffisamment l'Autre pour qu'il puisse vivre de façon plus positive la relation à son entourage. Le portage fait tout à fait référence au concept de »holding « que Winnicott en lien à celui de « la mère suffisamment bonne ». Dès 1955, il écrit : « Le bébé est tenu par la mère et il ne comprend que l'amour qui s'exprime en termes physiques, c'est-à-dire, par une tenue vivante, humaine. » (Gaucher-Hamoudi O., 2007, P 5)

Elle pose la question du portage dans les différentes populations de patients qu'elle a rencontré. Elle parle de l'accompagnement de jeunes parents dans leur

rencontre avec leur enfant prématuré et de son soutien dans l'ajustement fragile qui se mettait en place lors de cette rencontre. Son portage se situait alors dans cet accompagnement rassurant, essentiellement verbal, des capacités parentales. Plus elle présente le portage sécurisé pour rassurer les patients en phase terminale, en soin palliatif, puis dans la prise en charge de patientes anorexiques et boulimiques pour lesquelles l'archaïsme est très présent. Elle a pu constater soit le besoin d'être massée, portée, baignée, entourée, soit au contraire un besoin de distance physique. Elle avance pour certaines de ses patientes une hypothèse d'insécurité lors des toutes premières relations établies avec l'entourage parental.

« La plus grosse partie du travail éducatif n'est pas d'apprendre quelque chose à l'enfant, mais de lui offrir les moyens de sa régulation tonique pour qu'il puisse être actif dans son milieu. Dans cette perspective un environnement stable, prédictif est essentiel. Les thérapeutes doivent constituer une ressource de régulation plutôt qu'une source de savoir. »

André Bullinger (2010, HUG²¹)

Considérant les besoins de Marion en termes de portage physique et psychique, il convient de rechercher les médiations qui intégreront le plus possible ces deux aspects. Les jeux d'opposition corporelle sont particulièrement propices à la mise en place de formes de portages ou d'appuis. Les encouragements, la reconnaissance de la réussite, la verbalisation des ressentis et des affects, le respect du cadre sont autant d'occasions de portage psychique. L'ouvrage de Benoît Lesage (2012), Jalons pour une pratique psychocorporelle, est un outil précieux pour le psychomotricien. Je ne pourrai évoquer ici toutes les pistes proposées qui apporteraient des éléments de réponse pour la prise en charge de Marion. De nombreuses problématiques évoquées dans ce travail y sont abordées : image du corps, corporéité et identité, le corps comme matrice psychique, représenter et présenter : vers une symbolisation...

J'évoquerais simplement quelques éléments que j'ai trouvés dans le chapitre concernant le corps et les appuis. Benoît Lesage s'est appuyé sur les travaux de nombreux praticiens. Parmi ceux-ci, Gerda Alexander à l'origine de l'eutonnie, insiste sur l'importance de la conscience osseuse dans la construction d'une sécurité intérieure. B. Lesage propose parmi les médiations suggérées, un travail de pressions et de percussions que j'ai déjà pratiqué mais qui m'évoque les

²¹ Cf. supra note de bas de page

difficultés que Marion pourrait avoir à percevoir cette structure osseuse, tant elle est enfouie profondément dans les masses musculaires elles mêmes recouvertes de masses adipeuses. Une piste est à creuser. De même l'enroulement posture de réconfort que l'on retrouve aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, n'est pas accessible non plus aux personnes obèses entravées par leur ventre, comme nous l'avons vu pour Marion qui peine de plus en plus pour mettre ses chaussures. La clinique de Marion a ouvert chez moi une curiosité que j'aimerais assouvir, et qui montre que le travail du psychomotricien ne s'arrête pas une fois la séance terminée, mais qui demande une curiosité susceptible de nourrir les besoins diversifiés de tous les patients.

« En insistant sur l'importance de l'instauration d'une relation de confiance et de la place de la parole entendue et adressée au patient, Odile Gaucher-Hamoudi introduit l'idée subversive que le portage ne se limite pas au hic et au nunc de la séance mais doit se penser également, au même titre que la fonction contenante, dans l'après-coup de la rencontre. » (BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., 2007, p 3)

C. La fonction phorique de Pierre Delion

En octobre 2010, Pierre Delion évoque, lors d'un colloque, la « fonction phorique qu'il qualifie de traduction française à sa manière du *holding*. » Il rappelle que la tenue physique et psychique dont le bébé a besoin, continue d'être une nécessité tout au long du développement et de la vie de l'individu. :

« La tenue (holding) protège des blessures physiologiques, prend en compte la sensibilité de la peau du bébé (le toucher, la température), la sensibilité auditive, visuelle, la sensibilité à la chute (gravitation), et l'absence de connaissance chez le bébé, de quoi que ce soit d'autre que lui-même. Elle implique une continuité de soins le jour et la nuit et elle est différente pour chaque bébé, parce qu'elle fait partie du bébé et qu'il n'y a pas deux bébés semblables. Elle s'adapte aussi jour après jour aux menues transformations du bébé, liées à sa croissance et à son développement, à la fois physique et psychique. » (Winnicott D.W., (1960), [Abram 358])

Pour Pierre Delion, le *holding* de Winnicott est applicable dans la relation thérapeutique à bien d'autres pathologies que celles que celui-ci suggère et peut être investie auprès des bébés, des enfants, des adolescents voire des adultes. Mais le choix d'adopter de tels principes dans une prise en charge thérapeutique

nécessite une prise en compte totale des termes, à savoir, la continuité des soins, un ajustement à chaque patient, et à ses transformations, physiques et psychiques. Le non-respect de ces conditions entraînerait un échec de la thérapie, tout comme la mère échoue quand elle n'est pas à même, de fournir à son enfant un ajustement et une continuité des soins permanents. Un échec thérapeutique peut être très préjudiciable, puisqu'il renforce le doute que le patient avait déjà dans la possibilité de trouver du soutien auprès de l'autre.

Pour pallier ce risque, Pierre Delion propose de compléter cette fonction phorique de deux autres qui la dialectisent. La première est la *fonction sémaphorique* qui fait référence au porteur des signes de la souffrance des patients qu'est le thérapeute. Pour Pierre Delion, ce dernier se doit de faire ce travail personnel sur le mode de la supervision, afin d'analyser les phénomènes contre-transférentiels qui apparaissent en réaction aux phénomènes transférentiels. Cette analyse protège le patient d'une erreur de cheminement du thérapeute et éclaire ce dernier pour la suite de sa prise en charge. La deuxième fonction évoquée par Delion, est la *fonction métaphorique* qu'il définit comme une fonction institutionnelle propre à faciliter la « transformation des éléments bétas bizarres²² qui envahissent souvent le champ transférentiel de personnalité pathologiques. » (Delion P., 2010)²³

Pierre Delion conclut pour finir, sur la nécessité que ces conditions soient réunies pour permettre au patient de reprendre le cheminement d'un développement psychique qui le conduise à s'assumer comme un être pensant autonome :

« ...il pourra reconstruire sa narration en première personne. » (Delion, 2010)

²² Cf. Glossaire

²³ Delion P. : *Pour que ça continue : la fonction phorique*, Colloque AMPI, 8 et 9 octobre 2010.

CONCLUSION

Marion est très jeune, mais sa surcharge pondérale est très importante. Son IMC révèle une obésité morbide. La vue de son corps modifie notre ajustement relationnel. En la regardant il nous est difficile de l'imaginer comme les autres petites filles de son âge avec des tenues coquettes, sautant à la corde ou jouant à la marelle, ou bien encore, petite souris courant dans la cour pour fuir le chat qui la poursuit. Elle est privée depuis longtemps de se sentir soulevée du sol, emportée par les envollements d'une balançoire, de pouvoir « faire l'avion » avec son papa, éprouvant à travers ces jeux la force rassurante de celui qui peut la protéger. Elle ne peut avoir cette satisfaction une fois perchée sur ses épaules de se sentir plus grande que tout le monde et de voir les autres sous une autre perspectives. Au lieu de tout cela, Marion est rivée au sol et les efforts qu'elle consent encore la laissent épuisée. Certains mouvements ne lui sont déjà plus possibles, comme les flexions du tronc, les rotations et les inclinaisons du buste... Elle ne peut soulever ses pieds, s'habiller, se chausser, se laver... Elle dépend des autres. Son estime d'elle est très faible, et le soutien scolaire que lui donnent ses parents ne lui permet même pas de réussir.

L'anxiété de sa mère laisse planer au-dessus d'elle le spectre de la mort. S'éloigner d'elle, c'est mourir ! Alors à quoi bon apprendre à l'école et devenir adulte ! Marion est en colère mais ne sait pas vraiment dire pourquoi ni contre qui. Elle exprime un besoin de ne plus avoir ses parents « sur le dos », mais je me demande si ce n'est pas le discours plaqué qu'elle a entendu dans la bouche de sa mère. Dans cette atmosphère pesante où chaque membre de la famille semble souffrir, on a envie d'apporter à Marion « un peu de légèreté ». Le suivi endocrinologique et les conseils médicaux ne semblent pas pouvoir apporter au moins une stabilisation de son poids. Présumer d'une plus grande réussite grâce à la psychomotricité serait très certainement illusoire. Il s'agit bien dans ce contexte pathologique de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire et d'obtenir la coopération des parents.

Malgré les doutes que j'ai pu avoir sur la question du portage dans le cas de Marion, j'ai trouvé dans les écrits des psychomotriciens la confirmation que cette

médiation pouvait pallier la difficulté de mise en mouvement de Marion, et donc lui permettre d'avoir des ressentis corporels sur lesquels elle pourrait apprendre à mettre des mots. J'ai eu la confirmation de cette hypothèse également dans l'état de présence qu'elle manifestait lors de certaines situations de portage que je lui ai proposé. Par l'élaboration de cette conscience corporelle des ressentis internes et externes et sa verbalisation, elle devrait pouvoir renforcer sa subjectivité qui pourrait l'amener à s'imposer face à sa mère en tant que sujet différencié, si sa mère lui en laisse l'opportunité. Cependant nous avons vu que la prise en charge de l'obésité infantile ne pouvait être pleinement efficace que si la famille de l'enfant avait aussi le désir que la situation évolue de façon positive. Or la mère de Marion ne semble pas vouloir ou pouvoir prendre conscience de l'aspect pathologique de sa relation fusionnelle avec ses enfants. Il se peut que l'aggravation de l'état de santé de Marion malgré son suivi médical trouve ses origines dans ce déni des parents, qui sera aussi une limite de la thérapie psychomotrice. Il serait essentiel d'utiliser notre savoir-faire relationnel de psychomotricien pour apporter aux parents de Marion, le portage psychique qui leur permettrait d'engager un processus de soins efficace pour eux et pour leurs enfants.

Cette expérience au sein de la prise en charge psychomotrice m'a sensibilisée à l'observation des patients et à la nécessité d'un ajustement émotionnel du thérapeute. Le compte-rendu de séance nécessite un travail de précision dans le décryptage des éléments cliniques apportés par le patient et dans le choix des mots qui les décriront. Une attention particulière doit être portée sur les ressentis des éléments contre-transférentiels qui nous éclairent sur le patient. Le travail personnel se doit d'être enrichi par les échanges interdisciplinaires et nourri par une curiosité personnelle à l'égard de toute réflexion théorique. Face à mes jeunes patients, j'ai pris conscience du besoin et du plaisir que j'avais à échanger avec mes collègues pour faire avancer ma réflexion. Ce stage m'a conforté dans mon intérêt pour la psychomotricité et dans l'importance des médiations psychocorporelles dans l'abord du soin.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERA J. (de), ANGELERGUES R., (1962), *De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon*, in *L'évolution psychiatrique*.

AJURIAGUERA J. (de) (1985), *Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements: des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication*, *Enfances*, 2-3, 265-277.

ANZIEU D., (1996), *A propos des critères de l'attachement*, in *Enfances*, n° 2/1996, pp 296-299

BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., (2007), *Portage*, in *Thérapie Psychomotrice-et Recherches* N°151 p 2-3.

BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte*, tome 1 *L'attachement*, Paris, PUF

BULLINGER A., (1996), *Approche instrumentale de l'autisme infantile*, *Les cahiers du CERFEE* N° 13.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Ramonville-saint Agne, Erès.

BULLINGER A., (2012), *Périodes sensibles...Périodes critiques dans le développement sensori-moteur de l'enfant. Les flux vestibulaires*. Journées de l'ABSM, Brest.

BRUCH H., (1964), *Aspects psychologiques de la boulimie et de l'obésité*, *Psychosomatique*, S : 269-274.

BRUCH H., (1973), *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*, Paris, Payot.

CHABERT C., (1997) *Le processus analytique dans le psychodrame d'adolescentes présentant de graves troubles des conduites alimentaires*, La psychiatrie de l'enfant vol XL, PUF Ed.

DRIFFIELD K., (2013), *L'obésité mérite bien un concept opérant !*, in Le journal des Psychologues, N° 311, octobre 2013.

FORGET J.M., (2008), *Les troubles du comportement : où est l'embrouille*, Ramonville-saint-Agne, Erès.

GARANDEAU P., (2004), *Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. De la théorie... à la pratique*, Montpellier, Editions espaces 34 (Editions scientifiques et culturelles)

GAUCHER-HAMOUDI O., (2007), *Portage*, in *Thérapie Psychomotrice-et Recherches* N°151 p 4-12.

GOUGOULIS N., (2008), La fiabilité de l'objet, *Revue française de psychanalyse*, LXXII (4) : 1037-1051.

GOUGOULIS N., (2013), Emergence du corps dans le travail du contre-transfert, in Le journal des Psychologues, N° 311, octobre 2013.

JEANNET P.-Y., (2006), *Hypotonie du nourrisson*, Lausanne, in *Paediatrica* Vol. 17, n° 1.

LESAGE B., (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Villematier, Erès

PIREYRE E.W., (2011), *Clinique de l'image du corps ; Du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C., (2010), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Editions Erès.

ROBERT-OUVRAY S., (2002), *Intégration motrice et développement psychique*, Desclée de Brouwer, Paris.

WALLON H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris, PUF, 1973.

WALLON H. (1941), *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, Colin.

WINNICOTT D. W., (1960), *Ego distortions in Terms of True and False Self*, in *Maturations Process and the Facilitating Environment*, London, Hogarth.

WINNICOTT D. W., (1960), *La théorie de la relation parent-nourrisson, De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

WINNICOTT D. W., (1974), *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot.

WINNICOTT D. W., (1988), *La nature humaine*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT D. W., (1996), *La mère suffisamment bonne*, (Première traduction : 1996), Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006

GLOSSAIRE

Cardiopathies ischémiques : Les cardiopathies ischémiques recouvrent, un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque (myocarde) du fait du développement et des complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). L'occlusion des artères coronaires peut être plus ou moins brutale. Le défaut d'apport en oxygène qui en résulte peut entraîner des lésions du myocarde de gravité variable, de l'ischémie à la nécrose myocardique

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-vasculaires/Les-cardiopathies-ischemiques>

Conflit œdipien : La période œdipienne se situe approximativement entre 4 et 7 ans. C'est un moment fondateur du psychisme qui détourne l'orientation de la libido de l'auto-érotisme vers les objets extérieurs. Dans sa forme positive, le complexe d'Œdipe est représenté par une attirance de l'enfant pour le parent du sexe opposé et une rivalité pour le parent du même sexe ; dans sa forme négative il peut s'agir du contraire. Chez le garçon, schématiquement, la mère est l'objet de la pulsion sexuelle tandis que le père devient à la fois menaçant et un modèle de puissance. Cela induit une rivalité entre les deux. C'est l'angoisse de castration qui vient mettre un terme à la problématique œdipienne. Chez la petite fille, on relève un changement d'objet d'amour qui induit, nécessairement un mécanisme d'identification inverse par rapport au garçon ; la fille cherche à obtenir du père ce que sa mère lui a refusé, à savoir le pénis. Elle parvient à y renoncer cherchant auprès de son père un dédommagement (un cadeau) sous la forme d'une promesse d'un enfant. Bien qu'empreinte de culpabilité, la mère restant en effet la source la plus importante de satisfactions pulsionnelles prégénitales, la fille développe à son égard une amère jalousie. Le déclin du complexe d'Œdipe est marqué par le renoncement progressif à posséder l'objet libidinal, sous la pression de l'angoisse de castration pour le garçon et la peur de perdre l'amour de la mère chez la fille. (Gueniche K., 2007)

Eléments bêtas bizarres²⁴: Selon Wilfried U Bion la fonction alpha opère sur les impressions des sens et sur les émotions dont le patient a conscience. Lorsque la fonction alpha est opérante, des éléments-alpha sont produits et susceptibles d'être emmagasinés et de remplir les conditions des pensées du rêve. Si la fonction -alpha est perturbée, donc inopérante les impressions des sens dont le patient a conscience et les émotions qu'il éprouve demeurent inchangées. Bion les appelle éléments-bêta, qui ne sont pas ressentis comme des phénomènes mais des choses en soi.

Genu valgum : dit également « genoux cagneux » ou « genoux en x », est une déviation vers l'extérieur de l'axe du membre inférieur avec saillie du genou en dedans : les deux genoux se touchent alors que les chevilles sont écartées.

Gonalgie : Douleur du genou

Hydramnios : Quantité trop importante de liquide amniotique, dont le risque le plus important est un accouchement prématuré.

Hyperphagie : L'hyperphagie désigne l'ingestion de trop grandes quantités d'aliments. Elle se manifeste par une envie irrésistible de manger sans réelle sensation de faim. Les quantités de nourriture consommées sont importantes et englouties sans mastication.

Hypotonie du nourrisson : L'hypotonie est un signe non spécifique fréquemment rencontré chez le nourrisson et le petit enfant. Elle peut être congénitale, acquise ou transitoire et se manifester dans des affections ne touchant pas obligatoirement le système nerveux ou musculaire. En effet tout nourrisson «malade» pourra être hypotone, quelle que soit la cause de sa maladie. Les causes neurologiques de l'hypotonie seront principalement abordées ici. Au cours de l'anamnèse on sera donc attentif aux éléments permettant de distinguer une hypotonie centrale d'une hypotonie périphérique. On recherchera des événements survenus pendant la grossesse ayant pu engendrer des lésions cérébrales chez le fœtus (traumatisme,

²⁴ Site ressource : http://www.tabledesable.fr/pdf/BION_fonction_alpha.pdf

infection maternelle...). Une diminution des mouvements fœtaux, un polyhydramnios, une expulsion prolongée peuvent être des signes d'une atteinte neuromusculaire.

Chez le nourrisson un retard de développement cognitif, une épilepsie, une micro ou macrocéphalie sont autant de signes qui orientent vers une atteinte centrale. Un retard moteur isolé ou des troubles de la déglutition par contre sont en faveur d'une atteinte périphérique. On n'oubliera pas que certaines affections non neurologiques (maladies héréditaires du collagène, hypothyroïdie...) peuvent s'accompagner d'une hypotonie et une revue des systèmes ainsi qu'un examen clinique complet s'imposent. (Jeannet P.-Y., 2006, p 19)

Macrocéphalie : La macrocéphalie est l'augmentation anormale du volume de la tête en comparaison au volume de la tête chez les individus ayant le même âge et le même sexe. Elle est mise en évidence grâce au périmètre crânien qui consiste à mesurer, à l'aide d'un ruban de couturière, le périmètre du crâne. On parle de macrocéphalie quand le périmètre crânien est supérieur à trois écarts type par rapport à la moyenne donnée par la courbe de croissance normale établie en fonction de l'âge et du sexe.

Packing : Enveloppements secs ou humides utilisés à des fins thérapeutiques pour des psychoses régressées comme l'autisme.

Pataugeoire : Elaborés par Pierre Lafforgue et son équipe de Bordeaux, le dispositif et la technique de la pataugeoire ont été conçus pour aider au traitement des enfants autistes et psychotiques. Fondée sur l'expérimentation, la technique propose une manipulation de l'eau et d'objets simples, facilitant la symbolisation. Dans la pataugeoire, l'enfant en maillot de bain, figure ses préoccupations, explore et expérimente les limites de ses propres constructions avec les soignants. Cela lui permet d'avoir accès à d'autres représentations, moins invalidantes et moins angoissantes dans ses rapports à son propre corps, aux objets, à l'espace et au corps de l'autre. La pataugeoire est un remarquable outil pour traiter de nombreuses difficultés liées à la maturation.

Sphinctérisation de la bouche : Musculation de la bouche, pour lui permettre de se refermer et d'exercer une pression.

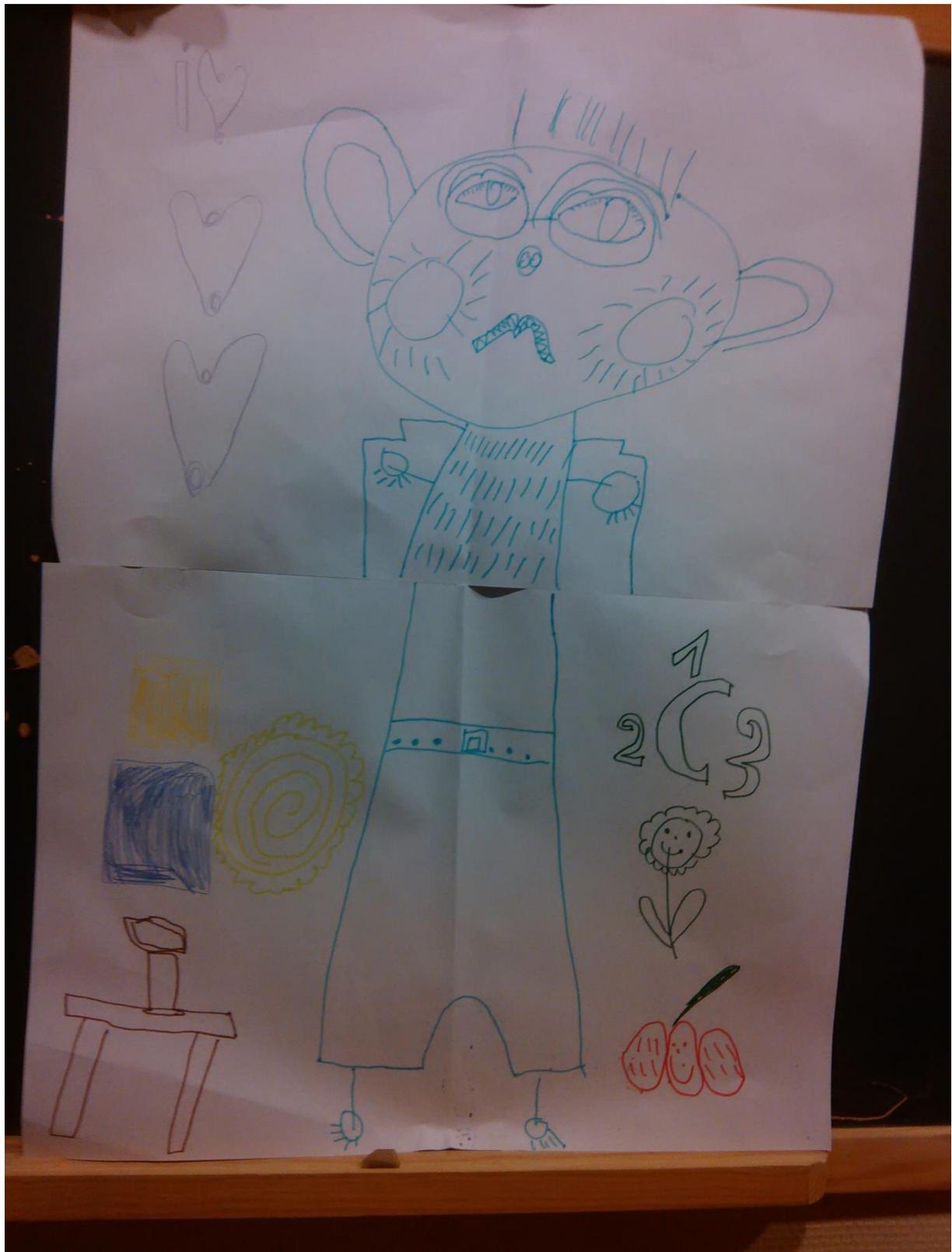
Syndrome de Prader-Willi²⁵ : On retrouve dans la majorité des cas une micro délétion du chromosome 15 d'origine paternelle. Ce syndrome combine une grande hypotonie néonatale, ce qui permet maintenant le diagnostic précoce, un syndrome dysmorphique souvent modéré, un retard intellectuel d'importance variable et un gain de poids rapide après l'âge de un an, pouvant aboutir à une obésité majeure en quelques années. On a évoqué dans ce syndrome un dysfonctionnement du centre hypothalamique de la satiété, d'autant qu'il existe également une insuffisance en hormone de croissance et en hormones gonadotropes. Ce syndrome illustre parfaitement les interrelations entre une anomalie chromosomique certaine, un dysfonctionnement neurohormonal et de probables troubles du comportement alimentaire acquis, sous l'influence de difficultés de succion durant la petite enfance, et de difficultés ultérieures d'acquisition du langage.

²⁵ Site ressource :

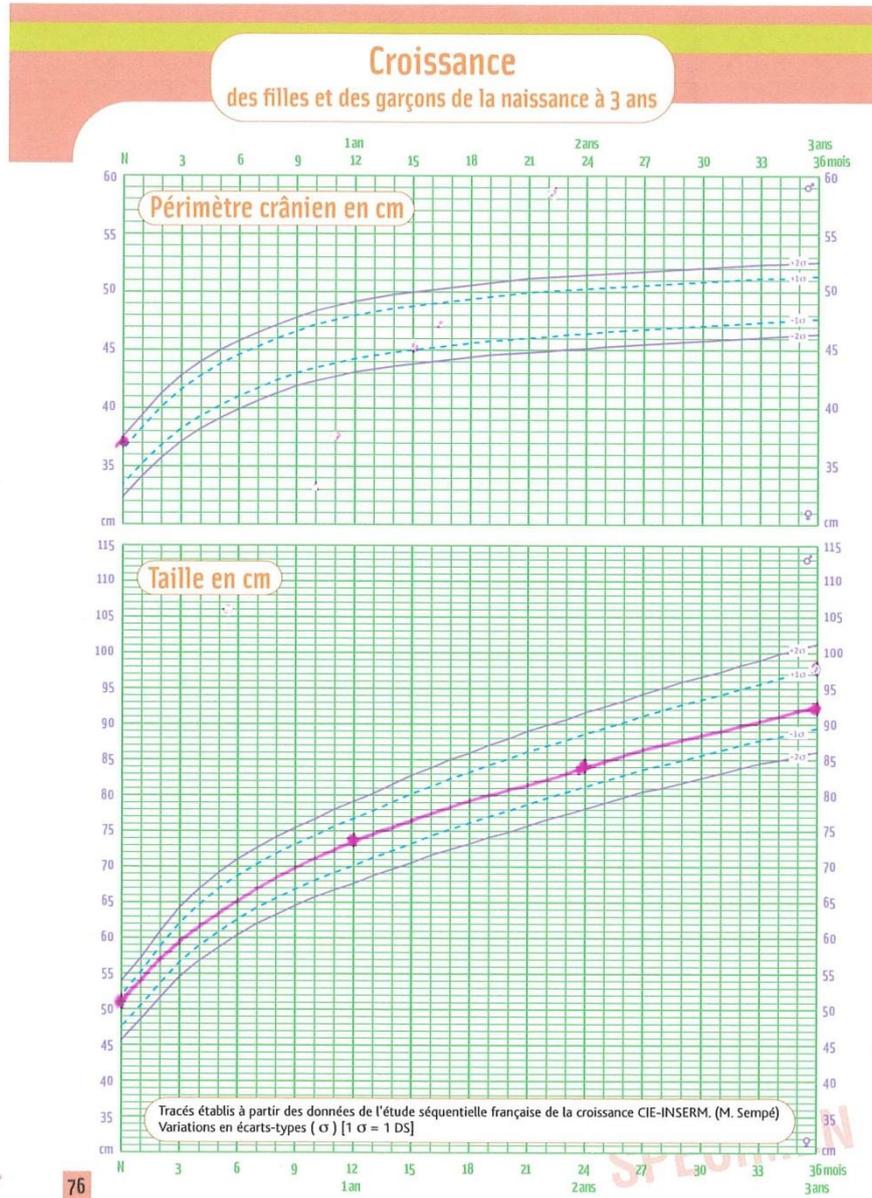
<http://www.swisspaediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol17/n1/pdf/19-21.pdf>

ANNEXES

Dessin du bonhomme



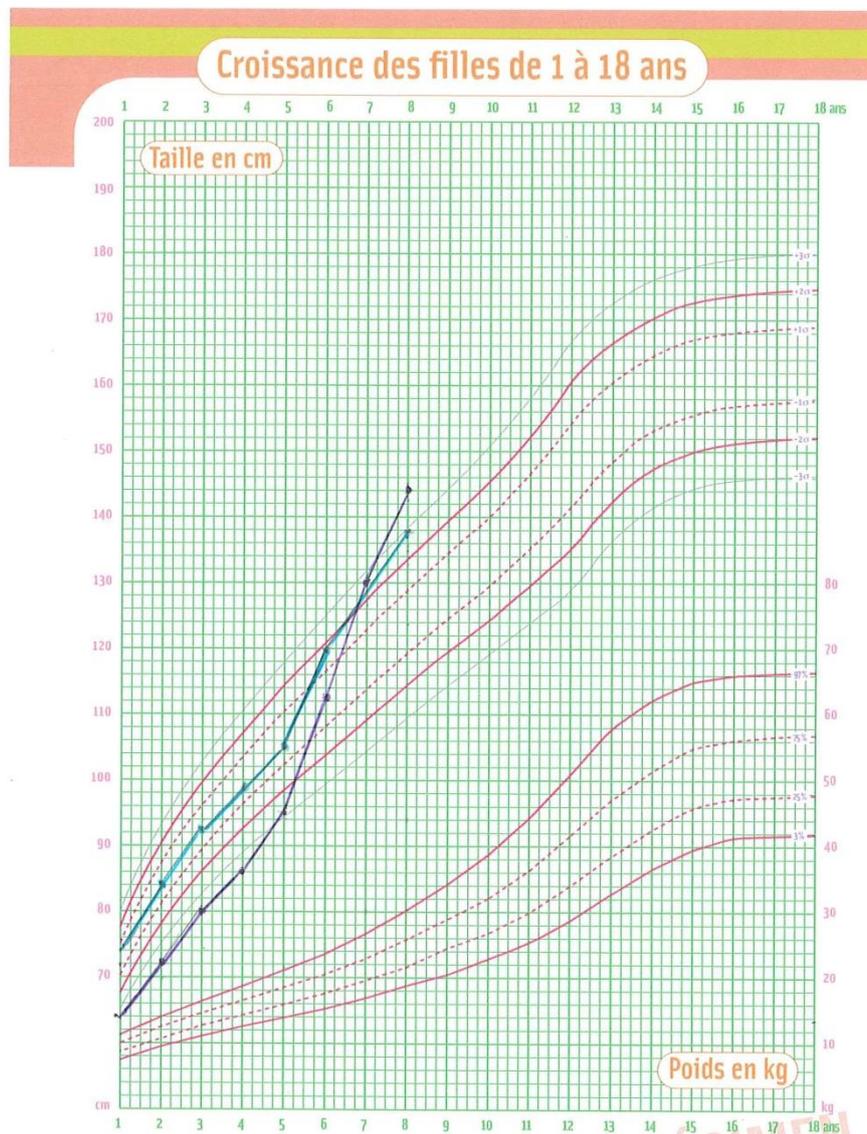
Courbe de croissance des filles et des garçons et de la naissance à 3 ans.



76

- Tour de tête de Marion à la naissance

Courbe de croissance des filles de 1 à 18 ans



78

Tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM. (M. Sempé)
Variations en écarts-types (σ) [$1 \sigma = 1 DS$] pour la taille, en centiles pour le poids

- Courbe de taille de Marion
- Courbe de poids de Marion.

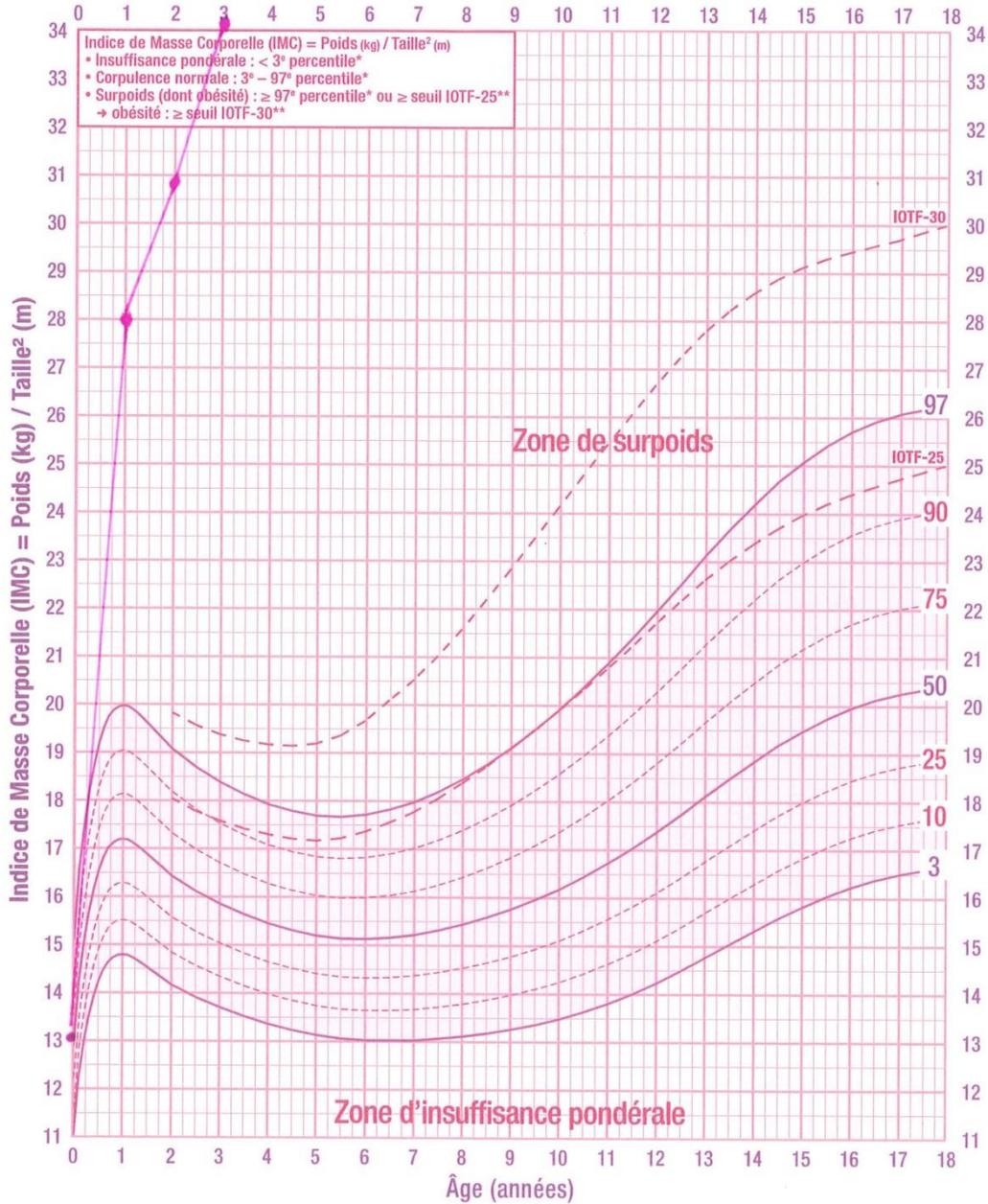
Courbe standard de corpulence chez les filles de 0 à 18 ans



Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans

Références françaises et seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Nom : **MARION** Prénom : _____ Date de naissance : **06.05.2006**



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement. L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Rolland Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3.



Portages chez les animaux.



RESUME

Marion a sept ans et souffre d'obésité infantile. Les difficultés foétales et néonatales ont grandement entravé son développement psychomoteur, mais n'expliquent pas à elles seules, les difficultés relationnelles. A travers les jeux symboliques qu'elle déroule lors de sa prise en charge en psychomotricité, elle semble affirmer son besoin d'être soutenue et portée comme si elle n'avait pas pu suffisamment profiter du holding que Winnicott décrit comme un facteur essentiel au développement harmonieux du nourrisson et à la construction de sa personnalité. Le surpoids est-il à l'origine du manque, ou bien au contraire est-il secondaire à des troubles de la relation précoce avec sa mère ? Marion ne semble pas toujours sûre de son identité. Est-il possible que la psychomotricité lui permette de revivre les sensations qui lui font défaut pour qu'elle puisse poursuivre son développement de façon plus harmonieuse et se construire une personnalité qui lui permette d'être plus autonome ?

Marion is seven years old and suffers childhood obesity. Fetal and neonatal developmental problems have certainly hindered her psychomotor development, but may not completely explain her relationship difficulties. Through symbolic games that she invents during psychomotrician counseling, she seems to have a real need to be held and supported. This might reflect a lack of “holding”, which Winnicott described as a fundamental factor to the harmonious development of the infant and its personality construct. Is the overweight at the origin of this absence, or is it the forward result of relationship troubles with her mother ? Marion does not seem to be convinced concerning her own identity. One asks if psychomotricity might help her to feel again these previously lacking sensations leading to a harmonious development in order to build her own character to achieve autonomy ?

Mots-clés : obésité infantile, portage, image du corps, relations précoces, psychomotricité