



HAL
open science

Conscience corporelle et apport de la psychomotricité dans la prise en soin de la personne obèse

Mégane Tauziède

► **To cite this version:**

Mégane Tauziède. Conscience corporelle et apport de la psychomotricité dans la prise en soin de la personne obèse. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562200

HAL Id: dumas-01562200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562200>

Submitted on 13 Jul 2017

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 BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**« Je ne suis pas gros ! Enveloppé...
Tout juste enveloppé ! »**

**Conscience corporelle et apport
de la psychomotricité dans la prise en soin
de la personne obèse**

TAUZIEDE Mégane

Née le 03/09/1995 à Libourne (33)

Maître de Mémoire : Mme Séverine GAULARD

Session de Juin 2017

REMERCIEMENTS

Je remercie...

Claire CHAROUSSET & Marie-Laure COURTIER, qui m'ont prise sous leurs ailes et m'ont aidée à déployer les miennes. Ce mémoire est le fruit de mon apprentissage à leurs côtés ; elles ont su m'accorder le temps d'appivoiser cette population dont je ne savais rien, avant de m'inciter à prendre davantage confiance en moi pour exercer mon métier en toute sérénité. Chacune à leurs manières, elles m'ont guidée sur le chemin de la professionnalisation, en prenant toujours le temps d'échanger autour notre pratique psychomotrice (au sein du Centre et au-delà).

Sans elles, je ne serais pas si fière de tout ce que j'ai pu comprendre et accomplir.

Séverine GAULARD, qui m'a soutenue tout au long de cette année riche en émotions, et n'a jamais cessé de m'encourager. Je lui suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté d'être mon maître de mémoire, elle m'a apportée un regard extérieur tout en étayant mes propos de sa propre pratique avec des adultes en situation d'obésité.

Sans elle, je ne me serais pas aperçue de toutes les ressources que j'avais en moi.

L'ensemble des patients que j'ai côtoyé, pour la confiance qu'ils m'ont accordée et la bienveillance qu'ils ont eu à mon égard.

Sans eux, rien de tout cela n'aurait été possible.

Les autres professionnels du Centre, qui m'ont tous accueillie chaleureusement dans leurs différents ateliers. Grâce à eux j'ai pu apprécier toute la richesse du travail en équipe, et découvrir plus précisément en quoi consistait le rôle de chacun dans la prise en soin de la personne en situation d'obésité. Ils ont toujours su se rendre disponibles pour éclaircir mes questionnements.

Sans eux, je n'aurais pas eu idée de tout ce qu'implique une prise en charge pluridisciplinaire pour ces patients.

Céline ROBERT, qui m'a ouvert les yeux sur les fondements de notre pratique. Elle a pris le temps de m'exposer sa vision de la psychomotricité, et n'a pas hésité à me partager ses références en lien avec ma problématique.

Sans elle, mon travail aurait pris une toute autre tournure.

Ma maman, pour les précieuses heures de son temps qu'elle a sacrifié afin de me relire. Elle a toujours répondu présente au moindre doute, et a su me guider au mieux dans ma rédaction.

Sans elle, mon mémoire serait loin de ressembler à ce qu'il est aujourd'hui.

Mon père, mes sœurs, et mes grands-parents. Tous m'ont soutenue quels que soient mes remises en question ; tous étaient présents peu importe l'heure du jour ou de la nuit.

Sans eux, je n'aurais pas vécu cette année de la même façon.

Mes amis, qui ont toujours cru en moi et avec qui j'ai pu partager toutes mes inquiétudes et mes hésitations, lors de l'écriture de mon mémoire mais aussi plus largement tout du long de ma formation. Un merci tout particulier à Fanny, diplômée l'an passé et qui savait donc parfaitement me rassurer et trouver les mots justes pour améliorer cet écrit.

Sans eux, je n'aurais pas eu le même recul sur ma pratique.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
I. Points théoriques et concepts clés à propos de l'obésité _____	8
1) Point de vue biologique	8
1. 1. Définitions	8
1. 2. Les principaux indicateurs pour détecter l'obésité	9
1. 3. Données statistiques	10
1. 4. L'acte de manger et Troubles du Comportement Alimentaire	11
1. 5. Les différents types d'obésités	14
1. 6. Les différentes étiologies	15
1. 7. Comorbidités et notion de handicap au quotidien	21
1. 8. L'espoir des régimes et l'effet yo-yo	22
1. 9. Le développement de la chirurgie bariatrique	24
2) Point de vue psycho-social	26
2. 1. Stéréotypes et barrières imposées par la société	26
2. 2. Vers des bénéfices secondaires liés à l'obésité	27
2. 3. Influences des émotions sur l'acte de manger	28
2. 4. Qu'en est-il du sentiment... ..	30
II. La conscience corporelle ? Regard spécifique en psychomotricité ____	33
1) Qu'en est-il de cette conscience de soi chez la personne en situation d'obésité ?	34
1. 1. Schéma corporel & Image du corps	34
1. 2. Obésité & Image du corps... Toute une histoire	40
1. 3. Notion d'enveloppes	41
1. 4. Obésité & sexualité	43
1. 5. Distinction des sensations... Enjeu majeur chez la personne obèse	44
1. 6. Quand « être conscient » ne suffit pas... ..	48

2) <i>Pertinence de l'approche psychomotrice</i>	51
2. 1. Le psychomotricien est un « spécialiste du corps » (C. POTEL)	51
2. 2. Bilan psychomoteur & Obésité	52
2. 3. L'inscription dans le temps et l'espace de la personne en situation d'obésité ...	57
2. 4. Quand l'alexithymie prend le pas...	60
III. Expérience Clinique	62
1. Le Centre de l'Obésité	62
2. L'Éducation Thérapeutique du Patient	63
3. L'alliance thérapeutique	65
4. Particularités de la prise en charge groupale	67
5. Recours à la prise en soin individuelle	68
6. Les ateliers & conférences proposés	70
7. Gros plan sur les séances en psychomotricité	73
8. Exemples d'ateliers en balnéothérapie et cuisine thérapeutique :	
mon regard de future psychomotricienne	81
9. Rencontres	84
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	95
TABLE DES MATIERES	98

Avant-propos

« Notre faim est partie intégrante de notre physiologie, de nos métabolismes digestifs : elle est partie tout aussi intégrante de notre « être-au-monde », de notre « appartenir-au-monde ». Elle nous est un ancrage dans le monde réel, mais aussi dans la sphère beaucoup plus vaste – et plus « flottante » - des sensations et des émotions. Elle est encore une voie d'expression du plus primitif, du plus essentiel, du plus vital d'entre les besoins. Née du manque, se faisant désir avant de s'ériger en besoin, notre faim rythme avec familiarité le cours de notre existence »

(...)

« Il n'y a pas de hasard dans la prise de poids : elle est une réponse de l'organisme à une situation de conflits, que ces conflits soient à dominante corporelle ou à dominante psychique, qu'ils soient ou non étayés par une prédisposition génétique, qu'ils s'accompagnent ou non de perturbation des conduites alimentaires. Plus que de prétendue résolution de l'un ou l'autre de ces multiples antagonismes, c'est peut-être de modalité d'adaptation du corps qu'il s'agit : le corps qui tenterait de se réorganiser en intégrant, en hébergeant plus ou moins indistinctement les conflits : un corps cache en quelque sorte. Drôle de cache cependant, qui, loin de se dérober aux regards, ne fait que les attirer et les attiser. »

Si j'ai choisi ces citations de P. PEUTEUIL¹ (29) pour introduire mon sujet de réflexion, c'est parce qu'elles font écho aux notions qui m'ont menée à m'intéresser à l'obésité pour mon mémoire.

Tout d'abord parce que se nourrir est un acte physiologique et indispensable à notre survie ; c'est un besoin fondamental, au même titre que le sommeil ou l'hydratation.

De ce fait, manger est universel : nous sommes tous confrontés à la faim au quotidien, nous éprouvons tous, *a priori*, les différentes sensations que peuvent être l'arrivée de l'appétit, le rassasiement puis la satiété...

Ce qui finalement m'intéresse tout particulièrement, c'est de voir comment cette action est à la fois universelle, commune à tous, et en même temps si spécifique et propre à chacun.

C'est aussi ce qui me montre toute l'incidence que le comportement alimentaire peut avoir sur un individu, et comment il peut influencer le cours de son existence.

Paradoxalement, c'est finalement s'apercevoir que cette existence, l'histoire passée et le vécu propre à chacun va impacter en retour notre rapport à la nourriture.

1. Pierre PEUTEUIL est psychiatre, spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire et l'obésité.

Introduction

Pour reprendre les termes de J.-L. LE RUN (24), « nous vivons dans une société paradoxale » : en effet, jamais les connaissances scientifiques à propos du rôle et des effets de l'alimentation sur notre organisme n'ont été aussi précises, jamais la minceur n'a été aussi prônée et la diététique autant valorisée ; le marché de l'alimentation « 0% » ou encore du « bio » est en pleine expansion, quant aux salles de sport, elles ne cessent de proliférer et l'activité physique n'a jamais autant été « à la mode ».

Et pourtant, l'obésité, elle, ne s'est jamais répandue à un tel rythme. D'après l'étude ObÉpi réalisée en 2012 chez des individus âgés de 18 ans et plus², 15% des Français présenteraient une obésité (IMC ≥ 30 kg/m²), soit presque 7 millions d'individus. (Cf: ANNEXE n°1)

Classée de nos jours parmi les maladies chroniques, l'obésité apparaît comme un fléau à l'échelle mondiale.

Les différentes définitions s'accordent pour dire que l'obésité serait un excès de masse grasse, qui apparaîtrait en conséquence d'un déséquilibre de la balance énergétique (plus d'apports caloriques que de dépenses). Cet excédent de graisse a pour conséquence une augmentation de nombreuses pathologies (cardio-métaboliques, articulaires, cancers etc...).

Mais au-delà de tous ces aspects physiques et biologiques, nous ne pouvons pas négliger toutes les composantes psychologiques et sociales qui viennent teinter cette pathologie. Derrière le symptôme visible, derrière cette enveloppe adipeuse, en deçà de ce « corps spectacle » (29), il est primordial de ne pas oublier que se cache un individu, avec son histoire, ses émotions, ses vécus corporels...

En réponse à ces différents constats, l'État Français a décidé de mettre en place un Plan Obésité couvrant les années 2010 à 2013³. Cette initiative a permis la création progressive de 37 centres spécialisés dont 5 centres intégrés pluridisciplinaires, repartis dans toutes les régions de France. Ils disposent d'équipes médicales multidisciplinaires et d'équipements adaptés à la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère.

J'ai la chance d'avoir tout près de chez moi l'un de ces Centre de l'Obésité, j'ai donc voulu à tout prix saisir l'opportunité d'intégrer cette structure afin de côtoyer au plus près les personnes en situation d'obésité, en apprendre davantage sur cette maladie et quelle prise en soin pouvait être mise en place pour accompagner au mieux cette population.

Il s'agit d'un établissement destiné aux personnes âgées de 16 à 75 ans. De ce fait, je ne traiterai pas de l'obésité infantile dans mon mémoire.

Je me suis beaucoup questionnée en tant que future professionnelle pour ce choix de stage, parce que les problématiques liées à l'obésité résonnent fortement avec ce que je sais des concepts clés de la pratique psychomotrice.

Travailler en psychomotricité auprès d'une personne en situation d'obésité, c'est pour moi se confronter de manière on ne peut plus directe à la conscience corporelle, à l'écoute des sensations et ce qui en est perçu ; c'est aborder le schéma corporel et l'image du corps, l'inscription dans le temps et l'espace, et tant d'autres notions encore...

2. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE (2012)

3. <http://social-sante.gouv.fr>

C'est aussi s'interroger sur le lien qui s'établit entre corps et psyché, dont le clivage fait éternellement débat. J'associe à ce point les paroles d'un patient, confiant que « le corps est une belle machine » ; j'essaierai à travers mon cheminement de montrer qu'il est possible de se dégager du terme de « corps » pour finalement se centrer sur l'individu tel qu'il est et qu'il se sent, se perçoit et se représente.

Finalement, toutes ces réflexions et mon expérience grandissante sur mon lieu de stage m'ont menée à la problématique suivante : comment le psychomotricien, et plus largement tout le réseau pluridisciplinaire dans lequel il s'inscrit, abordent-ils la question de la conscience corporelle dans la prise en soin de la personne en situation d'obésité ?

Avec ces interrogations en toile de fond, nous essayerons de cheminer progressivement à travers ce mémoire afin d'y trouver des réponses.

Pour cela, il me paraîtra essentiel de commencer par un état des lieux des concepts clés et des notions théoriques concernant l'obésité. Nous nous apercevrons alors que les étiologies sont multifactorielles, être obèse n'est pas seulement la conséquence d'un « trop manger », d'autres composantes entrent en jeu de façon plus ou moins complexes.

Dans un second temps, il sera question plus particulièrement d'introduire la notion de conscience corporelle et tout l'intérêt qu'il y sera porté spécifiquement en psychomotricité. J'exposerai plusieurs théories pour différencier le schéma corporel de l'image du corps, puis j'évoquerai les notions d'enveloppes ainsi que l'importance des ressentis corporels, pour finalement mettre en évidence que dans l'obésité toutes ces questions autour de la conscience et de l'image qu'un individu a de lui seront bouleversées.

Je terminerai en évoquant concrètement ce qui peut être mis en place dans un Centre de l'Obésité. La prise en soin est fondée sur ce qui devient, de nos jours, de plus en plus fréquent au sein de nombreuses structures : l'Éducation Thérapeutique du Patient. J'exposerai les ateliers auxquels j'ai pu participer et mon regard de future psychomotricienne lors de séances animées par d'autres corps de métiers.

A terme, nous serons alors à même d'expliquer tout l'enjeu de l'approche psychomotrice, en ce qui concerne la conscience corporelle, dans l'accompagnement des personnes en situation d'obésité. J'essaierai pour cela d'étayer ma réflexion à l'aide de plusieurs cas cliniques.

Par ailleurs, j'espère pouvoir démontrer combien il est riche et intéressant de travailler en collaboration dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire de l'obésité.

I. Points théoriques et concepts clés à propos de l'obésité

1) Point de vue biologique

*L'anormal n'est pas ce qui n'est pas normal, mais ce qui est un autre normal.
Georges CANGUILHEM*

1. 1. Définition

Contrairement à l'anorexie mentale, la boulimie ou encore l'hyperphagie boulimique, l'obésité n'est pas définie par le Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales (classification de référence au niveau international) parmi les Troubles des Conduites Alimentaires. Elle est, de nos jours, décrite comme une maladie chronique d'évolution pandémique (impact à l'échelle mondiale).

Dans le monde, la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 36,9% pour les hommes et de 38% pour les femmes.

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé".

Partant de cette définition, nous nous apercevons finalement que l'obésité peut s'aborder selon différents versants :

- en tant que maladie des cellules graisseuses elles-même (les adipocytes)
- comme maladie de la régulation énergétique (*voir 1. 6. 1. Déséquilibre de la balance énergétique*)
- comme une maladie du stockage : les adipocytes s'hypertrophient (augmentent de volume) afin de stocker les apports en graisse ; il s'agit d'un phénomène réversible, les cellules reprendront leur taille initiale une fois les graisses transformées. En revanche, si l'apport graisseux est continuellement excédentaire, alors dans ce cas ces cellules vont se multiplier : cela correspond au phénomène d'hyperplasie, qui lui est irréversible.
- et finalement en tant que maladie du comportement : l'alimentation se fait en fonction des émotions extra alimentaires telles que la colère et l'ennui, et non pas suivants des sensations physiologiques comme la faim ou le rassasiement ou encore en rapport avec les émotions liées aux odeurs, aux couleurs... des aliments.

L'obésité aura pour conséquence une augmentation de nombreuses pathologies, dont les affections cardio-métaboliques (dyslipidémies, diabète de type 2, hypertension artérielle) et articulaires, la dépression et de nombreux cancers.

1. 2. Les principaux indicateurs pour détecter l'obésité

1. 2. 1. L'IMC : Indice de Masse Corporelle

L'Indice de Masse Corporelle correspond actuellement à la référence internationale afin de détecter l'obésité chez un individu. Il se calcule en faisant le rapport du poids (en kilogrammes) par la taille mise au carré (en mètres).

$$IMC (kg/m^2) = \frac{Poids (kg)}{Taille \times Taille (m^2)}$$

Selon les critères de l'OMS, nous obtenons la classification suivante :

IMC (kg/m²)	CLASSIFICATION
< 18,5	Insuffisance pondérale
[18,5 – 24,9]	Poids normal
[25 – 29,9]	Surpoids
≥ 30	Seuil à partir duquel on parle d'Obésité
[30 – 34,9]	Classe I – Obésité modérée
[35 – 39,9]	Classe II – Obésité sévère
≥ 40	Classe III – Obésité morbide ou massive

L'avantage de l'utilisation de cet indice, est qu'il prend en compte le poids mais aussi la taille de la personne afin d'appréhender sa corpulence. Cependant, ses limites se trouvent dans le fait qu'il ne différencie pas les sexes et ne tient pas compte de la distinction entre masse musculaire et masse grasse. Ainsi, pour un IMC équivalent, deux individus pourront présenter des morphologies totalement différentes et donc avoir des risques pour la santé non comparables.

1. 2. 2. L'absorptiométrie biphotonique (méthode DEXA)

La méthode DEXA (pour *Dual Energy X-Ray Absorptiometry*) est basée sur l'émission de rayons X à travers le corps du patient. A l'issue d'un balayage global, une atténuation des rayonnements est obtenue en fonction de trois différentes matières traversées : la masse grasse, la masse musculaire et le contenu osseux. A partir de là, il est possible de déterminer avec une précision excellente la composition corporelle de l'individu.

En moyenne, le rapport entre masse grasse et masse totale peut varier du simple au double entre les deux sexes : il s'élève de 10 à 15% chez l'homme, contre 18 à 25% chez la femme.

1. 2. 3. L'impédancemétrie

Il s'agit d'une technique visant à déterminer la composition corporelle d'un individu. Une fois monté sur une balance, un petit courant de faible intensité va parcourir l'organisme du patient. Suivant s'il traverse de la masse grasse ou de la masse maigre (musculaire), ce courant cheminera à vitesses variables et permettra ainsi de calculer la quantité de graisse corporelle en rapport avec la quantité de masse musculaire.

1. 2. 4. Le tour de taille en rapport avec le tour de hanches (RTH)

Il s'agit de mesurer les tours de taille (généralement en regard du nombril) et de hanches, puis d'effectuer le rapport suivant :

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

Selon l'OMS, le résultat de ce rapport ne doit pas dépasser 0,90 pour les hommes et 0,85 pour les femmes.

Un surplus de graisse au niveau abdominal sera statistiquement associé à un risque accru de maladies cardio-métaboliques, d'insulino-résistance, de difficultés respiratoires (telles que le syndrome d'apnées du sommeil) et certains cancers.

Le tour de taille peut aussi, à lui seul, constitué un marqueur de l'adiposité abdominale (il est par exemple mesuré de façon isolée pour l'étude ObÉpi). L'IDF (pour *International Diabetes Federation*) a défini un seuil au-delà duquel le tour de taille serait synonyme de facteur de risque pour l'apparition de diverses pathologies : il correspond à 80 cm pour les hommes et 94 cm pour les femmes.

1. 3. Données statistiques

D'après l'OMS, en 2014, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids, soit 39% des individus de 18 ans et plus (dont 13% étaient obèses).

Ainsi, il a été mis en évidence que la prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial entre 1980 et 2014.

Selon l'étude ObÉpi réalisée en 2012 chez des individus âgés de 18 ans et plus, le nombre de personnes obèses en France était estimé à environ 6 922 000, correspondant à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.

Le poids moyen de la population française a augmenté en moyenne de 3,6 kg en 15 ans, alors que la taille n'a augmenté que de 0,7 cm.

Depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7 % versus 14,3% chez les hommes), avec une nette augmentation côté féminin notamment chez les 18-25 ans.

L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,4 kg/m² en 2012. (Cf : ANNEXE n°2)

Toujours d'après l'étude ObÉpi, les résultats publiés montrent pour les comorbidités suivantes :

- **Hyper-Tension Artérielle** : le risque est multiplié par 3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m².
- **Dyslipidémies** (cholestérol ou triglycérides) : la prévalence des personnes traitées est multipliée par 2,7 en cas d'obésité par rapport aux sujets dont l'IMC < 25 kg/m².
- **Diabète** : les hommes sont plus fréquemment diabétiques (6,7%) que les femmes (4,9%)

La proportion d'individus présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires associés augmente avec l'IMC. La probabilité d'avoir 3 facteurs de risque cardio-vasculaires traités chez les obèses est 14 fois plus importante que chez les sujets de corpulence normale.

La proportion de personnes obèses est plus importante au-delà de 65 ans que dans le reste de la population (18,7%). Cependant, la prévalence de l'obésité diminue avec l'âge à partir de 65 ans, elle est de 21,8% chez les 65-69 ans et de 16% chez les 80 ans et plus.

Les individus obèses présentent 2,4 fois plus de complications que les individus non obèses (19,7% contre 8,1%). En particulier, l'apnée du sommeil touche 7,5 fois plus d'individus obèses que d'individus non obèses (6,0% contre 0,8%).

Une nouvelle étude, la Cohorte Constances, a été lancée en 2012 par l'INSERM. Les premiers résultats ont été publiés très récemment (octobre 2016) dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de Santé Publique France ; ils confortent ceux mis en avant par l'étude ObÉpi et annoncent des chiffres de plus en plus alarmants :

- près d'un français sur deux de plus de 30 ans est concerné par un excès de poids
- l'obésité globale (IMC > 30 kg/m²) avoisine les 16% de la population
- l'obésité abdominale (tour de taille ≥ 94 cm pour les hommes et ≥ 80 cm pour les femmes) s'avère bien plus fréquente (entre 41,6 et 48,5%) que l'obésité globale.
- des inégalités géographiques : la prévalence de l'obésité est plus importante dans le Nord de la France (25,6%) et en Meurthe et Moselle (22,9%) ; Paris est le département le moins touché par l'obésité (10,7%)

1. 4. Le comportement alimentaire

*Au commencement était la faim.
Jérôme THELOT*

*** L'acte de manger**

La faim a toujours été un puissant moteur pour l'Homme ; elle rythme son existence et a impacté son évolution au fil des siècles. M. TOUSSAINT-SAMAT⁴, dans son ouvrage *Histoire naturelle et morale de la nourriture*, expose que « depuis l'aube des âges, à poursuivre sa nourriture, l'humanité a tracé les chemins de la connaissance du monde. (...) Elle reste la source de toutes ses énergies, bonnes ou mauvaises, le motif de ses progrès, l'origine de ses conflits, l'alibi de sa conscience, la monnaie de sa peine ».

4. TOUSSAINT-SAMAT M. (1987), *Histoire naturelle et morale de la nourriture*, Bordas

De tout temps, l'Homme a bien compris les enjeux liés à l'alimentation. Cela lui a permis de contrôler les populations, par pressions autour de la disponibilité des denrées alimentaires (affamer les individus est même devenu une véritable « arme politique » par exemple sous le régime nazi en Allemagne).

La famine est un fléau susceptible de toucher n'importe quelle population ; de ce fait, tout individu qui s'expose volontairement au jeûne (ou entamant une grève de la faim), tend à créer l'admiration de ses pairs, mais également la curiosité et la crainte.

Dans de nombreux rites religieux, le jeûne est valorisé pour « s'élever au-dessus des préoccupations égoïstes et matérielles, et pour purifier son âme et son corps » (5).

Finalement, l'alimentation est à la fois un besoin individuel, faisant écho à notre physiologie, et un acte collectif. C'est un comportement aussi bien ancré dans le réel, qu'attaché aux champs émotionnel, affectif ou encore social.

Nous pouvons alors entrevoir la nature bien plus complexe qu'il n'y paraît de l'acte de manger. A partir de là, trois fonctions essentielles accordées à la prise alimentaire peuvent être décrites :

- **énergétique et nutritionnelle** : il nous faut répondre à des besoins biologiques
- **hédonique** (d'ordre affectif, émotionnel) : un aliment dont le goût ne nous est pas agréable ne sera, par exemple, pas consommé (ou alors sans plaisir)
- **symbolique** : touchant davantage les sphères d'ordre psychologique, relationnel et culturel (comme le cochon chez les musulmans et les juifs, ou encore le bœuf chez les bouddhistes)

D'autre part, en nous focalisant de façon plus précise sur l'acte en lui-même, nous pouvons mettre en avant différentes sensations qui vont venir sous-tendre la prise alimentaire :

- **la faim**, qui se trouve en rapport direct avec le besoin physiologique de s'alimenter (signale la nécessité de ravitailler les réserves énergétiques). Elle est secondaire à la privation de nourriture et en détermine la recherche. La faim sera souvent décrite comme « un creux », une sensation de vide gastrique.

- **l'appétit**, correspondant à l'envie de manger un aliment ou un groupe d'aliments spécifiques. L'appétit est associé à la sensation de plaisir ; il inclut une anticipation en générale agréable.

- **le rassasiement**, véritable état de plénitude qui signifie l'arrêt de la prise alimentaire. Il détermine la fin du repas, le moment de s'arrêter et permet ainsi de contrôler les quantités ingérées. Il s'agit donc d'une sorte de curseur, de seuil.

- **la satiété**, marquant la période intercalaire entre les repas où l'individu n'éprouve aucune motivation pour la nourriture. Il s'agit d'un état d'inhibition alimentaire, qui dure jusqu'à la réapparition de la faim initiant la prise suivante.

L'obtention d'une satiété exige un temps de repas d'au moins vingt minutes ; or ce temps a tendance à être de plus en plus réduit dans nos sociétés occidentales.

Ces 4 éléments mis en évidence constituent donc un cycle : le rassasiement n'existe que parce que la faim l'a précédé, et la faim n'apparaît qu'en contraste par rapport au sentiment de satiété.

Tous ces marqueurs sensoriels nous sont indispensables afin de maintenir l'équilibre de notre comportement alimentaire. Et pourtant, ils sont bien souvent négligés puisque rien n'est plus banal que d'avoir faim ; rien n'est plus banal que de manger pour se rassasier.

Mais alors qu'arrive-t-il si justement, à force d'habitude, notre comportement alimentaire se fait sans prendre conscience de nos sensations ? Que se passe-t-il si, de par la banalité de l'acte, manger revenait à « se remplir » sans pour autant avoir faim ?

Nous commençons finalement à entrapercevoir un des enjeux majeurs de la démarche psychomotrice auprès de la personne obèse, chez qui cette écoute des sensations fait bien souvent défaut. Nous y reviendrons de façon plus approfondie par la suite.

*** Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)**

Bien que l'obésité ne soit pas uniquement le résultat d'un « trop mangé », il est fréquent d'observer des troubles du comportement alimentaire chez les sujets présentant une surcharge pondérale (environ 60% d'entre eux seraient concernés).

La boulimie (*bulimia nervosa*) consiste en la répétition d'épisodes d'hyperphagie incontrôlée. Les prises alimentaires sont d'une quantité supérieure à la moyenne et réalisées en un temps relativement court (moins de deux heures).

L'individu a l'impression de n'avoir aucun contrôle sur le volume ingéré et mettra en place, *a posteriori*, des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements, prises de laxatifs, jeûnes, exercice excessif...).

L'hyperphagie prandiale, correspondant à une augmentation excessive des apports caloriques lors des repas. Il s'agira de personnes appréciant tout particulièrement les repas conviviaux, riches et copieux. Ces sujets hyperphages peuvent accorder une importance qualitative au repas (et seront alors qualifiés de « gourmands et gourmets » par G. APFELDORFER (3)) ou alors s'attacher simplement à l'aspect quantitatif (ce qui leur vaudra la qualification de « remplisseurs »).

L'hyperphagie boulimique (ou « binge eating disorder » selon le DSM-IV) se rapproche du trouble boulimique, dans le sens où il s'agit de crises au cours desquelles le sujet absorbe une grande quantité d'aliments sur une courte durée. Nous retrouvons également la notion de perte de contrôle, mais ici aucun comportement compensatoire n'est mis en place. Cependant, l'individu ressentira une grande culpabilité après avoir mangé, pouvant mener au dégoût de soi ou encore à la dépression.

Le syndrome d'alimentation nocturne (ou « night eating disorder »), qui provoque chez le sujet un besoin irrésistible de se lever la nuit pour aller se nourrir. Généralement, il est observé que 25% de l'apport calorique quotidien a lieu après le repas du soir (le terme « d'hyperphagie vespérale » peut alors aussi être utilisé).

Au cours de la nuit, l'individu se réveille et ne pourra se rendormir qu'une fois la faim disparue. La prise alimentaire s'effectuant dans un demi-sommeil, la personne peut ne pas se souvenir de cet épisode nocturne le lendemain.

Le grignotage, caractérisé par la prise répétée et machinale de petites quantités d'aliments, en dehors des repas. Cette ingestion se fait généralement sans que la faim ou l'appétit soient ressentis, et sera favorisée par la disponibilité et la facilité d'accès aux denrées.

L'accès compulsif (ou « craving »), au cours duquel l'individu consomme de façon impulsive une catégorie d'aliment donnée ; il sera poussé généralement davantage par l'envie que par la faim. Toujours en dehors des repas, cette prise alimentaire se fait généralement en cachette et s'accompagne d'un sentiment de honte et de culpabilité.

B. WAYSFELD⁵ (39) nous dit que tout épisode « d'anarchie alimentaire » est suivi d'une phase de reprise en main, où l'individu va contrôler son poids, se restreindre, entraînant souvent un amaigrissement. A partir de cela, il décrira un cercle vicieux dans lequel la personne obèse pourra s'enfermer :

TCA → prise de poids → régime sévère → perte pondérale → troubles du caractère et tendance dépressive → abandon du régime → TCA → reprise de poids et bien souvent dépassement du poids antérieur

1. 5. Les différents types d'obésités

1. 5. 1. En fonction de leur mode d'apparition

*** L'obésité organique (ou constitutionnelle)**

Ce type d'obésité est aussi appelé par H. BRUCH (5) « obésité de développement ». Elle se déclare généralement dès l'enfance et persistera à l'âge adulte. Faisant ainsi partie de la constitution de la personne, son origine se trouve souvent multifactorielle (aussi bien génétique et héréditaire qu'environnementale).

*** L'obésité réactionnelle**

Dans cette forme d'obésité, l'augmentation du volume pondéral serait la conséquence d'une expérience émotionnelle vécue comme traumatisante. En effet, chez l'adulte, on constate que l'obésité se déclare le plus fréquemment à la suite d'événements bouleversants, ou bien lorsque l'individu s'est trouvé face à des moments provoquant une grande tension émotionnelle. Ainsi il semblerait, toujours selon H. BRUCH (5), que « la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou soient une réaction dépressive ». Couramment, elle apparaîtra suite au décès d'un proche, à la peur de la mort ou d'une maladie diagnostiquée etc...

*** L'obésité acquise**

Son apparition s'observe généralement à partir de la pré-adolescence ou lors de certains événements particuliers de la vie adulte. Elle est communément synonyme de mauvaises habitudes alimentaires qui entraîneront une prise de poids. Elle pourra notamment être due à la pratique répétée de régimes n'ayant pas abouti (*voir I. 1. 8. L'espoir des régimes et l'effet yoyo*).

5. Bernard WAYSFELD est médecin psychiatre et nutritionniste. Il est l'actuel président du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, cofondé par J.-P. ZERMATI (médecin nutritionniste, thérapeute comportementaliste, spécialiste des TCA) et G. APFELDORFER (médecin psychiatre et psychothérapeute, spécialiste des TCA).

1. 5. 2. En fonction de la répartition masse grasse

Ces deux types de silhouette ont été initialement décrites par J. VAGUE⁶ en 1947.

*** Androïde**

Cette obésité est aussi qualifiée d'abdominale, ou encore « en forme de pomme ». Elle est plus communément observée chez l'homme, qui présentera une surcharge pondérale localisée sur la moitié supérieure du corps (notamment au niveau du tronc et de l'abdomen). Le risque de complications vasculaires est majoré dans ce type d'obésité.

*** Gynoïde**

Nous pouvons également retrouver le terme de « glutéofémorale » pour qualifier cette silhouette, qui sera plus fréquemment rencontré chez la femme. La répartition de la masse grasse s'observera ici principalement sur la moitié inférieure du corps, ce qui correspondra communément aux hanches, fesses et cuisses, lui valant une seconde appellation dite « en forme de poire ».

1. 6. Les différentes étiologies

P. AIMEZ⁷, dans sa célèbre formule, nous dit que « L'hérédité prédispose, l'environnement propose, la psychologie impose ».

Ainsi, nous allons voir que nous ne pouvons parler d'obésité sans que ces trois facteurs ne soient mis à contribution, dans des proportions variables d'un cas à l'autre.

1. 6. 1. Déséquilibre de la balance énergétique

Une des fonctions essentielles de l'acte de manger, nous l'avons dit, est de fournir l'énergie dont nous avons besoin pour vivre. Cependant, nous n'avons pas encore évoqué les dépenses énergétiques de l'organisme.

Cette notion est importante : en effet, l'une des causes avancées pour expliquer l'apparition de l'obésité chez un individu correspond, justement, à la disparité possible entre l'apport énergétique et les dépenses. Ces dernières ne seraient pas suffisantes pour compenser le « trop plein » de calories emmagasinées, faisant alors pencher la balance du côté de l'augmentation pondérale...

Parmi les systèmes régulateurs permettant la dépense énergétique, nous trouvons tout d'abord le métabolisme de base. Il s'agit du minimum énergétique nécessaire à toutes les cellules de l'organisme pour assurer les fonctions vitales. Il constitue normalement la dépense la plus importante, soit environ 60% à 70% de l'apport quotidien.

Ce métabolisme varie en fonction de la corpulence et de l'âge de l'individu (il est maximal chez l'enfant et l'adolescent).

6. VAGUE J. (1947), La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité, *Presse Méd* n°30, p. 339-340

7. AIMEZ P. (1988), *Boulimiques. Origines et traitements de la boulimie*, Ramsay

Le second système de dépenses énergétiques majeures correspond au travail musculaire. Là encore, il est fortement variable selon l'âge, le sexe et surtout l'activité physique du sujet. L'énergie dépensée sera due au travail mécanique fourni par le muscle, ainsi qu'à la dissipation de la chaleur qui s'en suit.

L'humain étant un organisme homéotherme, il doit aussi fournir beaucoup d'énergie afin de maintenir continuellement sa température centrale à 37°C. Ce phénomène est appelé la thermorégulation.

Finalement, l'organisme doit composer continuellement entre les apports et les dépenses ; si cette régulation s'avère déséquilibrée, alors théoriquement le poids de l'individu se voudrait impacté.

Cependant, la réalité se montre légèrement plus complexe. Certes, nous ne pouvons dénier le rôle de cette balance énergétique chez la personne en situation d'obésité, mais elle ne peut être appliquée à tous les cas. Qu'en est-il des individus qui prennent du poids malgré la surveillance des quantités alimentaires ingérées ? A l'opposé, comment se fait-il que d'autres puissent « manger à volonté » sans pour autant faire varier leur corpulence ? N'est-il pas, pour certains, question d'un trouble sous-jacent plus subtil qu'un mauvais dosage entre activité physique et alimentation excessive ?

1. 6. 2. Étiologie multifactorielle

* **Génétique**

*Quand tu es né rond, tu ne meurs pas pointu.
Dicton Martiniquais*

Il me semble indispensable de commencer par le fait qu'il n'existe pas « un gène de l'obésité » ; l'obésité est fondamentalement **multigénique**.

Il n'est pas évident de déterminer précisément l'impact des facteurs génétiques et héréditaires sur l'obésité : de nombreuses études ont été menées, chacune mettant en évidence la complexité de l'implication de la transmission génétique chez la personne en surpoids.

Nous pouvons peut-être dans un premier temps évoquer le rôle de l'hérédité à travers la notion de **pondérostat** : il s'agit de l'ensemble des mécanismes qui concourent au maintien du poids corporel autour d'une valeur consigne. Ce niveau est fonction évidemment de l'histoire individuelle de chacun, mais dépend également de l'histoire des générations précédentes, qui nous ont graduellement transmis une partie de leur mémoire (génétique d'une part, mais peut-être aussi comportementale, par exemple autour de ce qui concerne la sédentarité).

Dans un second temps, nous pouvons mettre en avant l'impact génétique en exposant les obésités syndromiques et monogéniques.

L'obésité est qualifiée de « **syndromique** » lorsqu'elle est associée à d'autres troubles ou anomalies de développement (retard mental, malformation congénitale, dysmorphie etc...), comme par exemple dans le syndrome de Prader-Willi.

Concernant l'abord de l'obésité sous le versant « **monogénique** », des recherches ont montré la probable implication d'une hormone particulière, la leptine, dans la prise de poids. En effet, cette hormone est sécrétée normalement par les cellules adipocytes et joue un rôle dans la régulation de la faim. Or la perturbation du système métabolique peut engendrer un dérèglement hormonal, qui impacte la production de leptine (dans le sens d'une diminution en ce qui concerne l'obésité) et vient donc troubler le rapport à la satiété.

En parallèle, la production d'hormones orexigènes peut être augmentée, favorisant alors la sensation de faim.

Finalement, nous pouvons aborder les résultats de certaines études, menées dans le but de déterminer l'impact héréditaire sur l'apparition de l'obésité. L'une d'entre elles, réalisée par une équipe américaine (A. J. STUNKARD & AL., 1990), montre des variations objectivables dans le développement pondéral des vrais et faux jumeaux. Qu'ils soient élevés ensemble ou non (adoptés dans des familles différentes), les vrais jumeaux ont des poids très voisins, nettement plus que ceux des faux jumeaux. Ainsi, cette expérience amènerait à conclure que l'éducation alimentaire des premières années joue un rôle secondaire par rapport à celui de l'hérédité.

* Environnement

*Il faut manger pour vivre, et non vivre pour manger.
SOCRATE*

Avant notre époque moderne, l'humain fonctionnait comme un « chasseur-cueilleur », il recherchait ce qui pouvait le nourrir afin de survivre ; cette quête de denrées alimentaires constituait alors un véritable besoin.

Sans aller vers une généralisation, nous pouvons tout du moins affirmer que, dans nos sociétés occidentales, nous n'éprouvons plus aucune difficulté pour nous approvisionner. De nos jours, la profusion des denrées alimentaires nous mène à manger plus qu'il est nécessaire ; d'autre part, l'activité physique se trouve réduite puisque tout se trouve à notre portée.

S. SCHACHTER⁸ expose une théorie dite « de l'externalité » : selon celle-ci, les sujets obèses tiendraient peu compte de leurs sensations de faim ou de satiété, mais mangeraient lorsqu'ils sont sollicités par leur environnement (qui se montre riche et appétant).

De façon plus détaillée, les influences de l'environnement concernant notre comportement alimentaire (et nos dépenses énergétiques) sont multiples :

- **Sur le plan professionnel** : les temps de pause sont de plus en plus limités, alors même que la distance entre le lieu de travail et le domicile augmente. De ce fait, une grande majorité des travailleurs n'ont pas la possibilité de rentrer chez eux pour le repas, se « rabattant » alors sur des sandwichs, des plats préparés... De plus, il est observé une tendance à se restreindre au plat principal (pas d'entrée ni de dessert). Tout cela engendre alors une perte de la notion d'équilibre et augmente le risque de grignotages.

8. SCHACHTER S. (1968), Obesity and eating, *Science*, n°161, p. 751-756

- **Sur le plan agroalimentaire** : la diversité des denrées se montre de plus en plus importante ; les grandes surfaces jouent sur les promotions concernant les « pack familiaux » et les grandes quantités. Les prix bas des aliments énergétiques favorisent une alimentation riche et de mauvaise qualité, tout comme la taille croissante des portions vendues ainsi que le recours à la restauration rapide. De ce fait, l'individu est poussé à la surconsommation, et notamment d'aliments déséquilibrés.
- **L'environnement s'urbanise** : nous nous trouvons face à la prolifération des transports en commun, ainsi qu'à l'aménagement des espaces avec les créations foisonnantes d'escalators, ascenseurs... Toutes ces infrastructures viennent limiter l'activité physique du sujet.
- **L'essor de la technologie** : les téléviseurs, les ordinateurs ou encore les jeux vidéo prennent de plus en plus de place dans la vie des foyers au quotidien. Cet intérêt grandissant vers ces nouveaux divertissements vient favoriser la sédentarité.
- **Sur le plan culturel** : d'une part nous retrouvons les principes éducatifs (ne pas jeter, finir son assiette, ne jamais refuser si l'hôte nous ressert etc...), qui poussent à la surconsommation pour éviter la culpabilité du gaspillage ou pour ne « pas vexer ». D'autre part, nous sommes influencés par notre lieu de vie (présence de spécialités gastronomiques selon les régions etc...), qui nous soumet à diverses tentations du fait de cette exposition à une grande variété de produits.

Enfin, nous sommes littéralement face à une société de consommation, où foisonnent publicités (à la télévision, dans la rue, par le biais de prospectus etc...) et reportages dans les médias, valorisant la minceur. Or, ce véritable culte de la « silhouette sans graisse » est prôné par un environnement poussant paradoxalement à la surconsommation et à la sédentarité ! Il n'est alors pas compliqué de comprendre pourquoi la prévalence de l'obésité ne cesse de s'accroître...

* Psychologique

*L'obésité comme reflet du psychisme.
Catherine GRANGEARD*

Précisons tout d'abord qu'il s'agit ici d'aborder les troubles psychologiques en tant que facteurs intervenants dans l'obésité. Nous devons être vigilants quand au fait qu'aucune étude n'a encore démontré scientifiquement s'il était possible de parler d'une « étiologie » psychologique, et que l'obésité peut elle-même être à l'origine de perturbations psychiques.

Dans un sens, nous pouvons dire qu'il existe autant de formes d'obésité qu'il y a de personnes obèses. Il est impossible d'établir un profil psychopathologique qui serait propre et attribuable à tous les individus en situation d'obésité ; cependant, j'ai pu m'apercevoir sur mon lieu de stage qu'il était possible d'identifier plusieurs troubles, aussi bien de développement que psychopathologiques, coexistants avec l'obésité.

Parmi ces facteurs, nous retrouvons par exemple (et de façon non exhaustive) les états anxieux et dépressifs, les personnalités avec des troubles de l'attachement, les individus présentant des difficultés dans la gestion et la régulation des émotions, ceux qui possèdent des fragilités narcissiques ou encore qui ont des difficultés de mentalisation.

De façon plus détaillée :

- D'après le DSM-IV, il est possible de retrouver parmi les critères de diagnostic des **troubles de l'humeur** une perte ou un gain de poids (ou bien une diminution ou augmentation de l'appétit). Au Centre, beaucoup des patients que nous recevons présentent un syndrome dépressif, et plusieurs ont des antécédents bipolaires. Encore une fois, il est difficile de déterminer qui du trouble de l'humeur ou de l'obésité a engendré le second ; toutefois, nous ne pouvons nier la coexistence des TCA avec les perturbations thymiques.

D'autre part, nous pouvons noter que les traitements anti-dépresseurs peuvent présenter comme effet indésirable une augmentation pondérale (*voir le point Conséquence médicale*).

- Pour ce qui serait d'une étiologie attribuable aux **carences affectives**, nous pouvons nous référer à plusieurs études dont les chiffres sont criants. Dans *Traiter l'obésité et le surpoids* (40), les auteurs rapportent par exemple les résultats d'une étude effectuée en 2001 auprès de 145 sujets souffrants d'hyperphagie boulimique. Il est mis en évidence que dans cette population, 83% des individus ont été victimes de maltraitance dans l'enfance (incluant violences psychologiques et physiques, abus sexuels et négligences affectives ou physiques). D'autre part, 20 à 50% des femmes souffrant de TCA mentionnent un antécédent d'abus sexuel, ce qui représente un taux plus élevé que dans la population générale. Il n'est pas rare de s'apercevoir que ces événements psycho-traumatiques mènent à des troubles dissociatifs, où l'individu isole la sphère psychique de la sphère corporelle.

L'acte de manger est ici paradoxal. Dans un sens, il permet à la personne de se protéger, tant d'un environnement extérieur envahissant que d'un monde intérieur agité de pensées traumatiques. Et de l'autre, il s'avère un excellent moyen pour rétablir un sentiment d'existence, par la création de sensations intenses (au niveau musculaire par le remplissage abdominal par exemple) et l'éveil des sens (olfactif et gustatif essentiellement).

- Pour continuer dans les troubles du développement, nous pouvons aborder **l'adolescence**, période charnière dans l'évolution normale de tout individu et qui peut s'avérer propice aux TCA et à l'apparition de l'obésité. En effet, le sujet doit faire face au deuil de l'enfance et se projeter vers le monde des adultes ; en parallèle, il est soumis à de nombreux changements corporels physiologiques, qui viennent bouleverser son image. Tout cela le mène à réévaluer son identité, notamment par le biais de la comparaison avec le corps de l'autre, qui devient référence. Or à l'heure actuelle, la silhouette idéale est particulièrement exigeante et le culte de la minceur prôné. L'adolescent, dont les sphères émotionnelles et affectives sont en pleine effervescence, peut très vite être submergé s'il n'arrive pas à atteindre l'apparence idéalisée, et entre alors dans le cercle vicieux des troubles du comportement alimentaire.
- Pour une majorité des sujets, le **stress** coupe l'appétit ; chez les obèses, il l'augmente. Cela s'expliquerait par le fait qu'une grande partie des personnes en situation d'obésité fonctionne sous la coupe de la restriction cognitive ; de ce fait, l'apparition d'un événement stressant vient bouleverser la position d'hyper-contrôle dans laquelle elles se trouvaient, amenant à une perte de maîtrise par l'assaut de l'envie de manger.

Le comportement hyperphagique ou boulimique peut aussi être décrypté comme une stratégie d'adaptation face au stress (dit de « *coping* ») : confronté à une situation stressante, l'individu choisit l'acte alimentaire pour faire face ou au contraire pour l'éviter et se détourner de ce qui le met dans un tel état.

Nous pouvons ajouter à ce point le concept de « pensée opératoire » de P. MARTY (39) : dans cette théorie là, l'individu se détache justement de toute émotion, pour se focaliser essentiellement sur les aspects pratiques et concrets de la vie. D'une certaine manière, il s'isole de toute source interne qui pourrait le rendre vulnérable.

- Concernant les personnes avec des **troubles de l'identité**, le recours à la nourriture (mais aussi tout autre élément externe comme l'alcool, les drogues...) aurait pour objectif de renforcer leur équilibre, ou stabilité interne. Ce comportement, selon B. WAYSFLED (39), serait une manière « de colmater un vide interne », d'atténuer une angoisse de destruction. Il s'agit de rétablir une certaine cohésion du sentiment d'être, notamment par exemple chez les individus psychotiques ou schizophréniques : l'acte de manger vient « remplir » et, de par la prise pondérale, le volume corporel qui s'accroît vient pallier la sensation de morcellement et renforce l'impression d'unicité.

* Conséquence médicale

Lorsque la prise de poids est due à une cause médicale (provoquée aussi bien par le médecin que par les traitements), nous pourrions alors qualifier cette obésité de « iatrogène ».

Nombre d'augmentations pondérales sont dues aux professionnels appartenant au corps médical qui, pour certains d'entre eux, vont prescrire des régimes sans s'intéresser véritablement à l'origine de la prise de poids. Seul le symptôme « obésité » est considéré, le pourquoi n'est pas évoqué et l'histoire du patient n'est pas prise en compte. Partant de ce principe, les régimes échouent dans la majorité des cas, menant le patient à une dévalorisation de lui-même et favorisant une reprise de poids supérieure à celui de la consultation initiale.

D'autre part, l'obésité peut survenir à la suite de traitements médicamenteux. Parmi les plus couramment utilisés, nous retrouvons cet effet indésirable chez :

- les anti-dépresseurs classiques dits « tricycliques », tels que l'imipramine ou la chlomipramine (au delà d'une certaine dose égale à 50 mg par jour)
- certains dérivés des benzamides (appartenant à la famille des neuroleptiques), ainsi que des produits plus récents agissant à la fois sur les récepteurs de la sérotonine et de la dopamine (tels que l'olanzapine et à moindre degré, la risperidone)
- l'insuline, pour traiter principalement le diabète
- plusieurs thymorégulateurs, dont les sels de lithium
- quelques anti-épileptiques, notamment le valpromide et la carbamazépine

Dans l'ensemble, ces traitements vont favoriser la prise de poids du fait de la modification du comportement alimentaire et de la diminution du niveau d'activité.

L'augmentation pondérale sera généralement précoce (dès les premiers mois de mise en place du traitement), c'est pourquoi une vigilance accrue de la part de l'équipe soignante est recommandée. D'autre part, une collaboration entre professionnels du comportement alimentaire (diététicien, nutritionniste) et psychiatre seraient fortement souhaitable afin de minimiser le développement de ce type d'obésité.

Toujours concernant la sphère médicale, mais sur un versant différent, il est également possible d'observer une prise de poids suite à un alitement prolongé (pendant une hospitalisation ou d'une invalidité temporaire). Le patient étant contraint à l'immobilité, ces dépenses ne seront plus suffisantes pour permettre l'équilibre de la balance énergétique.

1. 7. Comorbidités et notion de handicap au quotidien

*A l'intérieur de tout homme gros est enfermé un homme mince
qui fait des signes désespérés pour qu'on le laisse sortir.
Cyril CONNOLLY*

Nous avons déjà évoqué succinctement les différentes comorbidités qui peuvent s'associer à l'obésité ; nous allons ici davantage les détailler.

La personne obèse est susceptible de présenter de **l'hyper-tension artérielle** ainsi que des **troubles cardiaques** (arythmie et/ou insuffisance). La prise importante de poids augmente alors la probabilité de faire un accident vasculaire.

Une des comorbidités majeures liées à l'obésité est le **diabète**. Au sein du Centre dans lequel j'effectue mon stage, un point d'honneur est mis sur l'information du patient à ses différentes affections. Ainsi, l'éducation thérapeutique va lui permettre de comprendre ce qu'est le diabète et comment agit son traitement. En étant ainsi éclairé et impliqué, l'individu montrera souvent une meilleure observance.

Il n'est pas rare non plus de retrouver chez la personne en situation d'obésité une **augmentation des lipides** dans le sang. Il peut s'agir d'une élévation du cholestérol et/ou des triglycérides, ce qui majore le risque d'athérosclérose dans les vaisseaux sanguins.

L'accumulation de graisses au niveau thoracique va provoquer une surcharge mécanique responsable de différentes **difficultés respiratoires**. Nous pouvons très fréquemment retrouver chez les individus présentant un surpoids un syndrome d'apnées du sommeil ou bien le syndrome de Pickwick. De manière plus générale, la surcharge pondérale amène le sujet à produire plus d'efforts pour la moindre activité, l'essoufflement se voulant alors souvent rapide et invalidant pour la poursuite de l'effort.

Il a également été montré que l'obésité pouvait constituer un facteur de risque concernant l'apparition de plusieurs **cancers** : chez la femme cela concernera principalement la vésicule, l'utérus, les seins et les ovaires, pour l'homme il s'agira de la prostate et du gros intestin.

D'autre part, la personne en situation d'obésité présente dans de nombreux cas une **tolérance diminuée à l'anesthésie** ; le risque de complications lors d'une intervention chirurgicale est alors plus important.

Finalement, l'obésité est source de nombreuses **douleurs** :

- au niveau articulaire : le surpoids entraîne une majoration du travail musculaire, provoquant une tension (ou bien une pression) supplémentaire sur les articulations. Les plus sollicitées seront les chevilles, les genoux et les hanches, pour lesquelles il ne sera pas rare de retrouver de l'arthrose.
- au niveau cutané : certaines zones, subissant des frictions plus importantes que chez le sujet mince, peuvent aisément devenir foyer de douleurs. D'autre part, la transpiration augmentée dans les plis et les bourrelets va favoriser l'apparition d'irritations cutanées, allant parfois jusqu'à l'infection. Les zones les plus touchées correspondent au ventre, la poitrine, les aisselles, l'aîne et la face intérieure des cuisses.

Nous comprenons donc que, de part tous ces facteurs, les activités quotidiennes simples telles que la marche ou même monter des escaliers peuvent devenir une véritable épreuve, voire impossibles. Or cela plonge l'individu dans un nouveau cercle vicieux, puisqu'en réduisant son activité physique, il entretiendra son obésité.

1. 8. L'espoir des régimes et l'effet yo-yo

*« A force de changer de taille, on perd la tête » dit Alice au ver de terre.
Lewis CAROLL*

Le comportement alimentaire est motivé : nous avons **envie** de manger. Voilà pourquoi maigrir s'apparente à un véritable parcours du combattant, dont la faim constitue le premier obstacle. La nourriture devient obsédante, et la restriction que l'individu va s'imposer (qu'elle soit comportementale ou cognitive), engendrera rapidement de l'irritabilité, de l'anxiété, et conduira même parfois vers la dépression.

Par définition, le régime est synonyme d'abandon de la responsabilité : il régit, dirige (étymologie latine *regimen* = direction, gouvernement). L'individu s'en remet littéralement au protocole prescrit pour perdre du poids, et si cela ne fonctionne pas, alors selon lui c'est que le régime n'était pas efficace.

C'est d'ailleurs ce qui arrive le plus généralement, puisque dans 90% des cas, l'efficacité d'un régime amaigrissant ne dépasse pas trois ans (39). Plus grave encore, la pratique de ces régimes peut favoriser l'augmentation du poids et aggraver (voire induire) les troubles du comportement alimentaire.

Le terme de **restriction cognitive** sera utilisé pour qualifier l'individu qui, pour gommer ses sensations internes de faim (dans le but de maîtriser son poids), se centrera davantage sur le monde extérieur. Mais ce comportement ne fait qu'aggraver la situation, car en se confrontant aux réalités sociales, l'image que le sujet a de lui et son sentiment d'exister vont fléchir. Cela le fait retomber alors dans le cercle vicieux évoqué précédemment, où après avoir échoué à ressembler à un idéal, l'acte de manger va finalement reprendre son caractère indispensable, comme pour constituer un refuge en réponse au sentiment dépressif.

Même si d'autres causes interfèrent, la restriction cognitive apparaît finalement comme responsable de la plupart des échecs des régimes. Elle conjugue la disparition progressive des sensations alimentaires (et mécanismes physiologiques de régulation) ainsi que l'apparition d'un comportement alimentaire émotionnel.

Selon B. WAYSFLED (39), la restriction alimentaire joue le rôle d'un véritable « accélérateur de la prise pondérale ». D'autre part, il précise que même s'il est évident que le surpoids favorise l'apparition d'autres pathologies (cardio-respiratoires, endocriniennes etc), ce sont surtout les fluctuations pondérales qui vont venir fragiliser l'individu. Il écrit ainsi « mieux vaut un poids stable, même élevé, qu'un yoyo permanent ».

Nous précisons que le terme de « yoyo pondéral » est couramment utilisé pour qualifier les pertes et reprises successives de poids liées, le plus souvent, aux régimes qui n'ont pas abouti. Ce « yoyo » est généralement **ascendant**, c'est-à-dire que la reprise pondérale s'avère supérieure et dépasse le poids initial.

Cet effet est lié aux principes de constantes et de régulation de notre organisme. Pour certains individus, le poids fait partie des variables qui vont être contrôlées, notamment par le mécanisme de pondéostat dont nous avons déjà parlé. De ce fait, « toute amputation de notre masse actionne le ressort de rappel » (39) qui ramène l'individu vers son poids antérieur.

Nous pouvons également évoquer le terme de *set-point*, qui correspond au poids d'équilibre auquel nous revenons de façon spontanée, tant après une perte qu'un gain pondéral.

L'observation de ces différents phénomènes mène B. WAYSFELD (39) à conclure que « l'organisme défend son poids et reconstitue facilement ses stocks ».

Ainsi, pour reprendre J. LE MAGNEN⁹, le véritable obèse « n'est pas tant celui qui grossit que celui qui ne remaigrit pas ».

Le parallèle avec le mythe de Sisyphe est retrouvé dans de nombreux ouvrages pour illustrer cette lutte permanente à laquelle s'adonnent de nombreux sujets. Ces derniers semblent condamnés à la restriction et au contrôle, tout comme Sisyphe s'efforce à rouler son rocher jusqu'au sommet d'une montagne. Et quand ils pensent en avoir terminé et être arrivé en haut (poids idéal alors atteint), le rocher est emporté et dévale l'autre versant de la montagne (la perte pondérale n'est pas durable et retour à l'état initial). A l'image de Sisyphe, ils ne peuvent donc pas bénéficier d'un temps de répit, la pierre étant inexorablement attirée vers le bas du relief.

Cette métaphore montre à quel point la restriction et la répétition de régimes peuvent devenir aliénantes. Il est donc important qu'en tant que professionnels de la santé, nous défendions le fait que ces méthodes ne sont pas des solutions durables pour lutter contre l'obésité. Nous devons apporter une nouvelle vision de la prise en charge de cette population, une vision qui se veut pluridisciplinaire, où l'objectif n'est pas tant le résultat affiché sur la balance que le bien-être de l'individu.

Dans certains cas, lorsque le poids devient trop handicapant et que le risque pour la santé est trop important, la chirurgie peut s'avérer être le dernier recours pour espérer un mieux-être. Mais gardons en tête qu'il s'agit d'interventions lourdes, qui doivent être mûrement réfléchies et préparées.

9. LE MAGNEN (1985), *Hunger*, Cambridge University Press

1. 9. Le développement de la chirurgie bariatrique

*Chirurgie : sûre magie qui réduit la chair insurgée.
Michel LEIRIS*

1. 9. 1. Définitions & Épidémiologie

La chirurgie de l'obésité, ou bariatrique (du grec βάρως, *baros*, lourd), va venir modifier l'anatomie du système digestif. C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommés (principe de restriction) et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de « malabsorption »).

Selon un bilan dévoilé en février 2013 par l'Assurance Maladie¹⁰, 30 000 français auraient eu recours à la chirurgie de l'obésité en 2011, avec une forte prépondérance féminine et un abaissement (plutôt inquiétant) de l'âge des opérés.

Chez les adultes plus particulièrement, l'intervention chirurgicale est devenue un outil de choix, voire même « l'ultime solution » quand justement il n'y a plus le choix... En France, ce sont 20 000 adultes obèses qui seraient opérés chaque année d'après B. DUBERN (12).

1. 9. 2. Décision pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire doit comporter au minimum un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité, un diététicien, un psychiatre ou psychologue et un anesthésiste-réanimateur (*Recommandations de la Haute Autorité de Santé (37)*).

La décision d'intervention sera prise à l'issue d'une concertation entre les membres de l'équipe ; les conclusions devront être transmises à chacun d'entre eux, ainsi qu'au médecin traitant et au patient lui-même.

Avant l'intervention, la phase dite « de préparation » mobilisera à nouveau de nombreux corps de métiers : aussi bien sur le plan médical en ce qui concerne les bilans requis préalablement (prises de sang, endoscopie, radiographie si nécessaire etc), que sur le plan psychologique (une évaluation psychiatrique est vivement souhaitée pour chaque candidat) mais aussi moteur (à propos de la qualité de l'activité physique au quotidien etc...)

De même, la prise en charge du patient à la suite de l'intervention se déclinera autour de divers professionnels : suivi médico-chirurgical, éducatif (concernant la démarche diététique et d'activité physique adaptée) ainsi qu'un suivi psychologique recommandé pour les patients qui présentaient des TCA.

1. 9. 3. Conditions nécessaires à l'admissibilité & Contre-indications

La chirurgie de l'obésité pourra être proposée lorsque le patient réunit toutes les conditions suivantes (*Cf : ANNEXE n°3*) :

- présente une obésité massive ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$), ou bien une obésité sévère ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) qui sera associée à une (ou plusieurs) comorbidité(s) qui serai(en)t susceptible(s) d'être améliorée(s) suite à l'opération ; il est communément question de l'hypertension artérielle, du syndrome d'apnées du sommeil, du diabète etc...

10. <http://www.ameli.fr>

- a déjà tenté, sans succès, de perdre du poids grâce à une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée (suivi médical associé à une psychothérapie, une activité physique régulière et une prise en charge diététique)
- le risque opératoire doit être acceptable ; il n'y a pas de contre-indications à l'opération ou à l'anesthésie générale
- il doit comprendre et accepter la nécessité d'un suivi médical et chirurgical sur le long terme

Parmi les raisons qui pourraient engendrer le refus d'une chirurgie bariatrique, nous retrouvons : les troubles cognitifs sévères, les troubles du comportements alimentaires sévères et non stabilisés, la dépendance à l'alcool, l'incapacité prévisible du patient à respecter un suivi médical à long terme, etc...

Il est primordial et indispensable que le patient soit informé : au sujet des différentes techniques possibles (leurs principes, leurs risques et bénéfices, les limites...), à propos de la nécessité d'une modification du comportement alimentaire ainsi que du mode de vie, sur le caractère non optionnel du suivi médico-chirurgical etc...

1. 9. 4. Techniques principales & Suivi

Les opérations menées peuvent se classer selon deux approches (*Cf: ANNEXE n°4*) :

- Les techniques fondées sur une restriction gastrique pure, correspondant à ce que P. PEUTEUIL (29) appelle la « filière haute » : elles diminuent l'ingestion alimentaire par réduction de la taille de l'estomac.
Par exemple : la gastroplastie par anneau modulable ; « sleeve gastrectomie » (ou gastroplastie longitudinale)
- Les techniques mixtes : elles vont associer à une réduction gastrique le principe d'une malabsorption intestinale. C'est-à-dire que, par la création d'un système de court-circuit (gastrique) ou de dérivation (bilio-pancréatique), la quantité d'aliments assimilés par l'organisme va être diminuée. Ces techniques sont décrites comme « filière basse » par P. PEUTEUIL (29).
Par exemple : le « by-pass gastrique » ; la dérivation bilio-pancréatique

Etre opéré implique en conséquence une modification de son alimentation à vie, sous-peine de revoir son poids augmenter.

Généralement, la perte de poids observée est importante et les comorbidités associées seront réduites. Cependant, il ne faut pas négliger l'impact psychologique que cette métamorphose physique (plus ou moins rapide et brutale) aura sur l'individu. Son reflet se transforme, ses limites corporelles se modifient.

D'autre part, nous sommes souvent confrontés à la « pensée magique » du patient. C'est-à-dire qu'il pose tous ses espoirs dans la chirurgie (ou, à moindre importance, dans les régimes prescrits au préalable). Pour lui l'opération représente la solution miracle : elle ne lui demande pas d'effort et, à son réveil, il pense que tous ses problèmes auront été réglés d'un coup de baguette magique (ou plutôt d'un coup de bistouri...). Il nous faut vraiment être vigilant à cela, car la désillusion en cas d'échec peut être violente ; le suivi psychologique sera indispensable.

2) Approche psycho-sociale

Dis-moi ce que tu manges : je te dirai ce que tu es.
J-A BRILLAT-SAVARIN

2. 1. Stéréotypes et barrières imposées par la société

Nous l'avons vu, nous ne pouvons attribuer un « profil psychologique type » à la personne en situation d'obésité. En revanche, nous pouvons nettement observer une psychologie commune au rejet social dont elle est victime.

Certains auteurs, dont B. WAYSFELD (39), parlent de « racisme anti-gros » pour qualifier les regards curieux et désapprobateurs de la population « normale » envers les personnes de fortes corpulences. Cette aversion, presque permanente, frôle la persécution : la personne obèse est observée, critiquée, jugée.

La stigmatisation est un « processus qui tend à discréditer un individu considéré comme "anormal" » ; il s'agit, selon J.-P. POULAIN (40), d'un phénomène social, dans lequel une déviance est attribuée à un individu par d'autres individus au cours d'interactions diverses.

Cette notion amène P. PEUTEUIL (29) à introduire le terme de « corps-spectacle », où l'apparence fait disparaître la personne elle-même. Comme s'ils étaient contraints à l'exposition du corps, les « spectateurs » viennent à négliger complètement celle ou celui qui le fait exister. L'obèse est alors réduit à son stigmate, toutes ses qualités individuelles s'effacent.

La stigmatisation repose sur un système de représentations et de croyances où, dans notre cas, le « gros corps » est objet de répulsion. Les connotations associées à l'obésité sont négatives : être gros signifie paresse, négligence, saleté, avidité, absence de contrôle sur soi-même, grossièreté, manque de raffinement, laideur physique et morale, pauvreté... Il existe à l'évidence un jugement moral : d'après G. APFELDORFER (3), « le gros est celui qui transgresse à la fois les lois de la physiologie et de la culture ; il mérite donc sa difformité ».

Lors d'une table ronde de fin de séjour, les patients sont invités à exprimer leur bilan sur les 3 semaines passées au Centre, ce qu'ils perçoivent de leur progression etc... Une dame prend la parole, et confie que ce qui lui a fait énormément de bien, c'est « qu'ici personne ne porte de jugement ». Elle se dit reconnaissante que les professionnels, tout comme les patients entre eux, portent toujours un regard bienveillant sur la personne qu'ils côtoient.

D'autre part, l'obésité peut être considérée comme un facteur de différenciation sociale négative. Plusieurs études ont montré que les statuts sociaux sont inférieurs chez les femmes obèses par rapport aux femmes minces par exemple. Il a également été observé une tendance élevée de mariages « descendants » pour les femmes fortes (c'est-à-dire qu'elles s'unissent à une personne issue d'un milieu socio-professionnel inférieur). La discrimination envers les personnes de fortes corpulences se retrouve aussi lors des recrutements professionnels, avec des évaluations plus souvent négatives à l'égard des individus obèses de la part des chefs d'entreprises etc...

J.-J. COURTINE nous dit que dans nos politiques et cultures occidentales, « le corps anormal est cerné de contraintes paradoxales ». En effet, nous clamons la tolérance et la compassion envers les personnes considérées « hors normes », nous revendiquons leur égalité dans la population générale ; et pourtant, dans le même temps, « un flux continu de représentations célèbre une hiérarchie des perfections corporelles, et soumet des difformités réelles ou imaginaires à une stigmatisation par défaut. »¹¹

Dans son article *D'obésité en performance de corps*, C. DESPRATS-PEQUIGNOT (11) évoque d'ailleurs la préoccupation omniprésente pour le corps obèse dans l'art contemporain. Elle développe que cette attention particulière se montre comme une « mise en scène provocante de l'attaque et de la dévalorisation du corps, exhibition malsaine et spectacle obscène de laideur, de monstruosité ». Elle ajoute que les images de corps obèses intriguent et suscitent l'intérêt général ; pour illustration, *Big Sue* de L. FREUD (1995), est une œuvre vendue pour une somme record, faisant de l'artiste le plus cher au monde.

En vérité, nous pouvons remarquer qu'il est moins reproché à l'individu obèse ses comportements déviants que le fait de ne pas correspondre à la norme dans laquelle il évolue : l'idéal de minceur.

D'après G. APFELDORFER (3), « l'objet de la fin du XXème siècle est clairement dessiné pour une personne définie comme individu moyen ». De ce fait, il semble que ce ne soit plus à l'objet d'être adapté à son utilisateur, mais plutôt à l'utilisateur de s'adapter à l'objet produit.

Les individus ayant un gabarit s'écartant de la moyenne, qu'ils soient trop gros mais également trop petits ou trop grands, sont confrontés à une literie, des lieux de résidence, des bureaux ou encore salles de spectacles non adaptés. Les moyens de transport (autobus, métros, avions, voitures, ascenseurs) sont tous conçus pour l'individu standard, mettant souvent le sujet « déviant » dans une position inconfortable (pendant un temps, la compagnie aérienne Air France voulait faire payer deux places assises au lieu d'une aux personnes obèses, dont le volume « débordait » de leurs sièges standards !).

De ce fait, les individus hors normes, moins bien tolérés par nos sociétés, souffrent d'autant plus de leur différence. Une étude, publiée dans *Health Psychology*, a révélé que les discriminations liées au poids provoquent un risque accru des symptômes dépressifs de 31% chez les personnes visées.¹²

2. 2. Vers des bénéfices secondaires liés à l'obésité

A maigrir on risque gros.
Bernard WAYSFELD

Nous venons d'exposer combien le surplus pondéral peut se révéler handicapant, aussi bien sur un plan médical que psycho-social.

Cependant, il n'est pas exclu de rencontrer des individus qui se plaisent à vivre avec leur surpoids ; certains en retirent même ce que nous pouvons appeler des « bénéfices secondaires ».

11. J.-J. COURTINE (2011), *Histoire du corps*. Tome 3 : Les mutations du regard. Le XXème siècle

12. ROBINSON E. & Al. (2017/2), Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms, *Health Psychology*, Vol. 36, p. 112-121

C'est un phénomène particulièrement vrai chez les adolescents. Nous le savons, il s'agit là d'une période charnière de la vie, où la puberté conduit le corps physique à se transformer. Cette métamorphose, associée à un bouleversement hormonal, peut placer l'individu dans une phase compliquée à négocier ; il ne se reconnaît plus et ne comprend pas toutes les sensations qui viennent à lui.

D. LAURU (18) émet alors la théorie que, si un certain nombre d'adolescents (principalement de sexe féminin) s'installent consciemment dans un surpoids, cela peut en fait révéler un mode de défense contre l'avènement du sexuel. A terme, « l'enveloppe corporelle de chair en vient à masquer les formes du corps de ces jeunes filles, ainsi que leurs caractéristiques sexuées qui pourraient attirer le regard et le désir de partenaires potentiels ».

A ces propos, B. WAYSFELD (39) ajoute que « le gros corps permet la mise à distance du désir ». Selon lui, de nombreuses femmes trouvent dans leur corpulence l'expression d'une certaine force, voire même d'une puissance qui leur manquerait par rapport aux hommes. Dans le même temps, ce physique « hors norme » constituerait l'alibi idéal pour justifier l'échec d'une vie amoureuse et sexuelle (*voir II. 1. 3. Obésité & Sexualité*).

Nous voyons ainsi que l'individu obèse peut jouir de sa différence ; différence qui lui procure un sentiment de puissance et de sécurité, comme si ce surplus de graisse venait l'isoler des différentes attaques externes possibles.

Mais s'il parvient à se protéger du monde environnant, ce n'est pas pour autant qu'il peut en faire de même avec ce qui émane de lui. Contrôler ce qui vient de l'extérieur est une chose, mais arriver à composer avec ses propres envies, ses pensées, ses émotions, voilà tout un autre défi pour la personne en situation d'obésité.

2. 3. L'influence des émotions dans l'acte de manger

Vivre est une expérience émotionnelle.
Anne-Marie LATOUR

L'émotion se traduit par une agitation motrice (par exemple des modifications aux niveaux respiratoire et cardio-vasculaire) mais également par une agitation des pensées.

Elle sera généralement d'apparition brutale, et conséquente ou non d'un événement particulier. Ce qui est facilement observable, c'est qu'en fonction de l'expérience de chacun (âge, vécu...), cette émotion sera régulée plus ou moins différemment.

Une émotion négative (généralement tristesse, peur ou colère) va mener vers ce qui est appelé, en psychologie, un conflit interne. Il s'agit d'un déséquilibre, qui va conduire l'individu vers trois réponses comportementales différentes : la fuite, le « freezing » (*rester figé*), ou la confrontation.

Chez l'individu obèse en particulier, le problème n'est alors pas tant d'éprouver des émotions. Au contraire, à ne plus pouvoir supporter ses émotions, il va tenter par tous les moyens de s'y soustraire.

Dans le cadre d'un atelier psychologie, les patients du Centre sont amenés à s'intéresser à la réponse comportementale consistant à une prise alimentaire à la suite d'une émotion négative. Dans la plupart des cas, cette réponse sera inadaptée (grignotage, hyperphagie prandiale ou boulimique...).

Les réflexions mènent à s'apercevoir qu'à court terme, ce comportement apporte du plaisir, un réconfort, du soulagement... Cela correspond en fait aux émotions secondaires, qui sont positives (l'émotion primaire est quant à elle négative et issue de l'événement initial).

À moyen et long terme, l'individu ressent finalement de la culpabilité, qui peut conduire à de la colère, de la tristesse, un processus de dévalorisation... Dans les propos de ces personnes, nous pourrions généralement trouver des phrases telles que « De toute façon, je n'en suis pas capable », « cela a toujours été comme ça, je ne vois pas pourquoi cela changerait »...

Ce qui est primordial à faire comprendre à nos patients, c'est l'importance de contextualiser un événement : « Aujourd'hui, dans ces conditions, je n'ai pas réussi à faire cela, mais ça ne veut pas dire que je n'en suis pas du tout capable ». Acquérir cette nuance, prendre en compte cette vision différente, c'est tout à fait majeur !

J.-P. ZERMATI & Al. (40), classent les individus présentant des TCA selon deux catégories : les mangeurs rationnels, qui s'alimentent sous le mode de la restriction cognitive et les mangeurs émotionnels. Ces derniers vivent avec une intolérance aux émotions (recours à la nourriture pour éviter une expérience douloureuse), qui mène vers une impulsivité alimentaire (envie irréprouvable d'ingérer des aliments réconfortants).

L'alimentation émotionnelle se développe en trois stades : le premier stade est le stade des pensées critiques sur soi (« Je me trouve nul, alors je mange. Et plus je mange, plus je me trouve nul »), le second stade est caractérisé par une altération de l'image du corps (« Je me trouve gros, alors je mange. Et plus je mange, plus je me trouve gros »), et le troisième stade combine l'alimentation émotionnelle et la restriction cognitive.

Ils précisent, d'autre part, que les émotions influencent le processus même de la sensation alimentaire : en décidant de surveiller son alimentation pour contrôler son poids, l'individu éprouvera de la culpabilité ou de l'anxiété dès lors qu'il ingérera certaines catégories d'aliments. Au final, ces émotions négatives viennent empêcher les processus de rassasiement.

B. ROTHOT & V. Le MONTAGNER (33) concluent sur le fait que le patient se retrouve face à deux problèmes : un terrain favorable aux émotions négatives (une estime de soi basse, une histoire de vie douloureuse), auquel s'ajoute une lutte constante contre lui-même (corps et comportements). Ce combat s'avère être une stratégie hautement inefficace, qui contribue davantage à la détérioration de l'humeur (ou autres variables psychologiques), et conduit à l'aggravation du problème pondéral.

Selon une vision plus générale, manger équivaut à répondre à sa faim (ou plutôt à ses faims qui ne sont, en réalité, pas qu'alimentaires).

Manger, ce serait alors reconvoquer des émotions, atteindre les circuits de la mémoire et se reconnecter avec son histoire. Ainsi, tout comme M. PROUST avec sa madeleine, chaque mangeur est lié à un goût, quelques saveurs qui le plongent dans des moments passés de sa vie. Manger mène ainsi toujours à se souvenir... Ou bien à risquer de se souvenir. A chaque nouvelle bouchée, nous nous trouvons face à un retour émotionnel, face à un retour sur notre histoire individuelle.

La faim serait donc, selon P. PEUTEUIL (29), émotion et mémoire : « elle ressuscite la mémoire pour devenir mémoire à son tour ».

2. 4. Qu'en est-il du sentiment...

*« Je suis un criminel d'être obèse ».
Paroles d'un patient, rapportées par D. BOURQUE*

2. 4. 1. De responsabilité & culpabilité ?

Responsabilité : « obligation de répondre de ces actes et d'en supporter toutes les conséquences » (B. ROTHOT & V. Le MONTAGNER, 2012).

Culpabilité : sentiment de faute ressenti par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire (Larousse, 2017)

Bien que l'obésité soit considérée comme une maladie chronique, elle se distingue des autres, notamment par le fait que la personne obèse cherchera des solutions pour maigrir ; c'est-à-dire que dans le plus grand nombre de cas, le sujet en situation d'obésité veut perdre du poids, il veut guérir.

D'autre part, s'il pense (ou qu'une personne extérieure lui fait penser) que son obésité peut se soigner, c'est tout simplement parce qu'originellement il en serait en partie responsable : s'il mange moins et mieux, alors son poids diminuera. Il pourrait, dans cette optique, agir pour changer sa condition.

Et pourtant, la question de la responsabilité chez la personne obèse est loin d'être aussi simple et définie. S'ils pouvaient réellement changer leur état, la prévalence mondiale de cette maladie continuerait-elle d'augmenter si fortement ?

T. De SAINT POL (18) nous dit que « le rapport au corps dans nos sociétés contemporaines se fait sous l'égide de la responsabilité » : ainsi, il est finalement mis en avant que chacun a le corps qu'il mérite puisque nous sommes responsables de notre apparence.

Un des facteurs alimentant cette responsabilité dont les personnes atteintes d'obésité sont victimes, concerne justement la stigmatisation sociale : « le gros » est pointé du doigt, aussi bien par son entourage familial, par sa sphère professionnelle ou même encore le monde médical qui l'entoure. Bien plus que responsable, la personne obèse se présente comme coupable de son état.

Nous finirons même par nous apercevoir que la personne obèse en est réduite à l'état qui la stigmatise : l'individu est uniquement un obèse, aucune qualité ne lui est admise. Se sentant regardé de la sorte, il est alors compréhensible qu'il plonge de manière quasiment inévitable vers un sentiment de dévalorisation... Puis le sujet obèse fini par trouver légitime d'être considéré de la sorte, et va se mettre à adopter les comportements attribués à son stigmaté.

Ainsi, nous comprenons combien il est facile d'entrer dans un cercle vicieux : la personne en situation d'obésité se sentira coupable à chaque fois qu'elle adoptera un comportement déviant (prise d'un aliment trop gras ou sucré, quantité avalée trop importante...), culpabilité qui elle-même viendra renforcer et inciter la répétition de ce comportement déviant.

2. 4. 2. De volonté ?

Volonté : disposition de caractère qui porte à prendre des décisions avec fermeté et à les conduire à leur terme sans faiblesse, en surmontant tous les obstacles (Larousse, 2017)

Souvent, les patients que nous rencontrons expliquent qu'ils ont déjà « tout essayé ». Ils avouent que, parfois, ils ont réussi à perdre du poids à l'aide de divers régimes, mais que la plupart du temps ils ont ensuite repris tous leurs kilos par « manque de volonté » ou encore parce qu'ils se sont « laissé aller ».

P. PEUTEUIL (29) met en avant le fait que les sujets obèses, et plus largement toute personne ayant un trouble du comportement alimentaire (en particulier d'ordre boulimique), ne sont pas que des « intermittents du régime ». Il explique que « ce sont des permanents de la peur et de la souffrance », ayant intégrés au plus profond d'eux-mêmes cette angoisse de prise de poids, qui sera ravivée de façon continuelle par ce soi-disant défaut de volonté.

Dans certains cas, pour pallier l'idée d'une responsabilité dans l'échec du régime et se désengager d'un « manque de volonté » qui lui serait propre, l'individu sera tenté de se laisser guider par des principes extérieurs à lui-même. C'est ce que C. FISCHLER & E. MASSON (40) décrivent comme un « rapport hétéronome à l'alimentation » : la règle est produite en dehors du sujet. Seules des références extérieures au sujet peuvent conférer un sens à son action, il ne sait pas maigrir pour lui-même et cherche alors à maigrir pour les autres.

Ce rapport à l'environnement externe apparaît relativement économique en terme d'investissement cognitif. L'individu se protège des dilemmes et autres choix auxquels il pourrait avoir à faire face : plus besoin d'évaluer le pour et le contre des différentes alternatives possibles, plus besoin non plus de délibérer puisqu'il suffit de suivre ce qui « va de soi » selon la règle choisie.

Parmi ces références extérieures, certaines seront qualifiées de « fétiches ». Par ce terme, il faut comprendre toute personne, objet réel ou imaginaire auxquels sont attribués des pouvoirs magiques et symboliques. Ainsi, le fétiche va suppléer au soi-disant « manque de volonté » en conférant un sens à l'action, en focalisant l'attention et finalement en la détournant des sensations internes.

Le problème du fétiche est qu'il ne parvient pas à motiver durablement, seul un système de référence intériorisé en est capable. Il survient donc toujours un moment où le système fétichique cesse de fonctionner : ce sera par exemple le cas lorsque le régime échoue, le prestige du médecin prescripteur va alors s'évanouir. L'individu s'aperçoit de l'inefficacité de l'objet fétichisé qui, de ce fait, perd brutalement son aura.

2. 4. 3. D'estime de soi ?

Estime de soi : perception consciente de ses propres qualités. La personne se fait ainsi une opinion d'elle-même sur différents plans : physique, psychique et social. (L. M. TESSER & R. N. CAMPBELL, 1983).

L'estime de soi est intimement liée à la confiance en soi, révélant la capacité de l'individu à entrer en action et à se sentir capable de réussir.

La stigmatisation sociale, dont nous avons parlé précédemment, peut amener l'individu obèse vers une souffrance. Celle-ci se traduira généralement par un sentiment négatif, de l'ordre de la honte, de la dépréciation de soi et de la non confiance en ses capacités.

Il a également été montré que cette estime pouvait être corrélée à la façon dont le sujet gère son stress, et aux stratégies qu'il peut mettre en place pour trouver des solutions.

J'ai pu comprendre ce phénomène grâce au récit de nombreux patients obèses accueillis au Centre : quand le stress les envahit, quand ils se sentent vulnérables, le premier comportement de réassurance et de réconfort qui s'impose alors à eux est celui de manger. Cette stratégie adoptée soulage à court terme, mais n'est pas forcément adaptée à long terme. C'est pourquoi nous travaillerons, au sein du Centre, à exposer aux patients différents outils et méthodes qui peuvent les aider à gérer leur stress (*voir III. 7. Gros plan sur les séances en psychomotricité*).

La phrase typique « Je ne vaut rien » impacte directement la motivation du patient. Il n'a plus envie de rien et cesse de faire des efforts qui lui semblent vains. A terme, cette attitude diminue la confiance en lui, puisque le patient pense qu'il n'est plus capable de rien.

D'ailleurs, cette dépréciation de soi peut également impacter l'observance thérapeutique : le patient se juge inapte et de fait ne peut suivre un traitement correctement.

Il n'est pas rare que cette faible estime de lui-même le patient à s'isoler : le jugement négatif qu'il a à son égard lui fait craindre le regard du monde extérieur. Il n'est pas à l'aise en public et ne peut supporter d'être exposé, révélant une extrême vulnérabilité.

Lors du tout premier atelier de psychomotricité, nous demandons aux patients de se focaliser, ici et maintenant, sur ce qu'ils ressentent. Une dame témoigne du fait qu'elle soit à l'aise sur sa chaise, la seule chose qu'il lui manquerait serait une table devant elle, afin de se cacher et ne pas être comme à nue, exposée aux regards des autres. Elle pousse son analyse en verbalisant le fait qu'elle se trouve en conséquence très tendue, elle se replie vers l'avant, dans une fermeture totale de sa chaîne musculaire antérieure (ses jambes sont serrées, ses bras croisés avec les épaules projetées vers l'avant). Elle avoue se sentir ainsi davantage protégée, comme si limiter son ouverture au monde lui permettait de mieux se cacher...

Ce témoignage très fort reflète combien la prise en charge d'un patient en situation d'obésité s'avère complexe. Au-delà de la diététique, les sphères émotionnelle et psychique ne peuvent être négligées.

C'est en ce sens que la place du psychomotricien est tout à fait légitime au sein de l'équipe pluridisciplinaire œuvrant pour la prise en soin de cette population. L'accès à un mieux-être ne peut reposer uniquement sur une perte pondérale. La preuve en est lorsque H. BRUCH (5) introduit la notion « d'obèses maigres » (*thin-fat people*), pour évoquer les individus ayant maigri, mais conservant des traits de caractère et une relation à la nourriture particuliers. Il s'agit de sujets, d'après B. WAYSFELD (39), qui n'ont « pas réglé leurs problèmes métaboliques et psychologiques et qui restent prêts à regrossir en de multiples circonstances ».

Je vais désormais m'attacher à détailler combien il est fondamental de mener le patient vers une réflexion autour de la conscience qu'il a de lui-même. Évidemment, ce travail ne se fait pas immédiatement, il s'agira d'un véritable cheminement personnel, où chaque professionnel, dans son champ de compétence, accompagnera le patient de façon adaptée.

II. La conscience corporelle ? Regard spécifique en psychomotricité

DELACROIX J.-M. (10) écrit que « la conscience est toujours conscience de quelque chose ; (...) elle passe par le corps qui est la matière dans laquelle s'incarne notre élan de vie ». Il ajoute plus loin que « c'est par le corps que je suis dans la conscience de l'autre et de moi-même, engagé dans un processus de contact et de cocréation de la relation ».

Partant de là, et tout comme nous le faisons pour aborder la psychomotricité auprès de nos patients, nous ne pouvons nier que le « corps physique » sert d'ancrage à la conscience. Et que de façon réciproque, la psyché, teintée de nos affects et émotions, vient animer ce « corps chair ».

Les personnes que nous recevons au Centre ignorent pour la majorité ce qu'est la psychomotricité et se demandent ce qu'elle peut leur apporter dans leur parcours de soin. Mais cela nous oblige-t-il pour autant à poser la psychomotricité en tant que liant ? Là où les autres professionnels s'attardent davantage sur le travail physique d'une part, ou sur l'élaboration cognitive d'autre part, le raccourci pourrait être pris de nous charger d'établir les connexions nécessaires pour mener nos patients vers une « vision globale » d'eux-même.

Or, je suis convaincue que le fondement même de notre pratique est de dépasser ce clivage pour se centrer sur l'essentiel : amener le patient vers l'écoute de ses sensations. Il me semble qu'il n'est pas tant question d'une « reconnexion corps-esprit », et qu'il faut nous diriger davantage vers une problématique centrée sur le déni sensoriel. A mon sens, notre objectif premier sera d'accompagner le patient vers une réappropriation de ses sensations, pour par exemple l'amener à trouver ses propres solutions pour pallier la douleur, ou tout simplement l'aider à s'apercevoir qu'il peut éprouver du bien-être alors qu'il pensait devoir y renoncer.

Etre présent à soi. Réaliser que sous cette graisse « isolante », les sensations sont malgré tout perceptibles, et qu'il faut savoir les écouter pour y répondre de façon adaptée. Voilà ce vers quoi nous devons tendre, en tant que psychomotricien, lorsque nous accueillons nos patients.

1) Qu'en est-il de cette conscience de soi chez la personne en situation d'obésité ?

La conscience a été inventée pour que nous puissions ressentir la vie.

Antonio R. DAMASIO

Le questionnement initial de notre réflexion porte sur la problématique suivante : pourquoi la conscience corporelle est-elle altérée chez les personnes obèses ?

Nous pouvons supposer que la négation sensorielle est en lien avec l'histoire de vie du patient qui, bien souvent, se réduit en fait simplement à l'histoire du poids. Toutes les informations issues des différents récepteurs sensoriels n'arrivent pas à la conscience. Nous pourrions même nous apercevoir que certaines de ces informations ont des chemins obstrués par des éléments survenant en parallèle : troubles divers, douleurs, habitudes de vie et sédentarité...

Dans cette partie, nous allons tenter de décrire dans un premier temps plusieurs composantes qui interviennent, de façon générale, dans la conscience corporelle. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement au cas de la personne en situation d'obésité, et essayerons de comprendre quels sont les phénomènes qui entrent en jeu autour de cette conscience de soi.

Finalement, nous serons face à un second questionnement : comment appréhender cette problématique chez nos patients ? C'est à ce moment là que j'introduirai l'abord psychomoteur pour la prise en soin des personnes que nous accueillons.

1. 1. Schéma corporel & Image du corps

*** Historique**

P. BONNIER introduit en 1833 l'idée d'une *représentation topographique* du corps, dont les altérations pathologiques détermineront des troubles particuliers. C'est lui qui, vers 1895, parle de *schéma corporel* pour qualifier une représentation permanente, une figuration spatiale du corps.

A. PICK, en 1908, propose la notion *d'image spatiale du corps*. Par ce concept, elle amène l'idée d'un lien entre les sensations corporelles et les représentations de soi qui s'établissent en conséquence. Cette image permettrait alors de favoriser notre orientation dans l'espace.

Finalement, A. PICK reprend la notion de schéma corporel et le définit comme une interface permettant une relation adaptée aux sensations et à l'environnement.

H. HEAD parle dans les années 20 de *modèle postural du corps* : il ajoute de ce fait une dimension temporelle à la théorie de A. PICK.

Il distingue trois types de schémas : **posturaux** (autour de l'appréciation tonique et de la position des différentes parties corporelles dans l'espace), de **surface** du corps (localisation des stimulations périphériques) et **temporels** (écart entre les différentes situations perçues).

Par cette théorie, il crée une **image tridimensionnelle**, qui se veut en perpétuelle construction et plastique, puisqu'elle est impactée par les différentes afférences sensorielles (extéroceptives et intéroceptives).

P. SCHILDER¹³ est le premier, en 1935, à utiliser le terme *d'image du corps*. Cependant, il va créer la confusion en rendant cette notion équivalente à celle de schéma corporel : « Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination ».

Ce schéma corporel, il le définit d'autre part comme étant « un modèle postural de nous-même, en constante transformation ». Cela va dans le même sens et renforce l'idée du caractère « plastique » dont avait parlé H. HEAD à propos de l'image tridimensionnelle. Notre **modèle postural** serait donc en continuelle élaboration du fait de nos changements de position dans l'espace et des autres perceptions que nous pouvons accueillir. Parmi ses autres perceptions, le rôle de notre « implication sociale » est indéniable. Selon lui, notre image du corps ne peut se construire sans être influencée par nos contacts avec les autres.

Enfin, P. SCHILDER indique que le schéma corporel est intimement lié au tonus, écrivant que « c'est surtout le tonus des réflexes posturaux et de redressement qui influe sur le modèle postural du corps ».

Pour conclure, nous nous apercevons ici que même si P. SCHILDER a le mérite d'avoir proposé un début de théorie du schéma corporel et de l'image du corps, il a dans le même temps introduit la confusion en les différenciant mal. Nous allons voir que c'est F. DOLTO qui a ensuite affiné ces deux concepts.

* Point de vue psychanalytique

Pour cette partie, je m'appuierai sur l'ouvrage de J.-D. NASIO (28), dans lequel il recueille et fait la synthèse des différentes théories qu'ont pu exposer F. DOLTO et J. LACAN.

Pour F. DOLTO, le schéma corporel relèverait de l'anatomie alors que l'image de corps en serait détachée. Elle émet la théorie que le schéma corporel serait « en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine ».

Afin de préciser ces propos, J.-D. NASIO ajoute que le schéma corporel est une représentation, ou plus exactement « une auto-représentation de notre corps en action, un dispositif neuropsychologique qui recueille et synthétise une multitude de sensations internes ».

Il définit alors le schéma corporel comme étant « la représentation préconsciente que nous avons de notre corps lorsqu'il est *vu* dans ses déplacements, *perçu* dans son mouvement, *reconnu* dans son tonus, *ajusté* dans son équilibre, *jaugé* dans son épaisseur et ses limites et, pour tout dire, *situé* dynamiquement dans l'espace ».

Concernant plus précisément l'image du corps, F. DOLTO expose qu'elle est propre à chacun dans le sens où elle s'élabore en fonction de notre histoire personnelle. Elle souligne que « l'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions ».

13. SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Gallimard

Nous préciserons que :

- *L'image de base* renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue, et à la notion d'identité qui en découle.
- *L'image fonctionnelle* est l'image du ressenti d'un corps agité et fébrile, qui est entièrement tourné vers la satisfaction de ses besoins et ses désirs.
- *L'image érogène* est quant à elle l'image « d'un corps ressenti comme un orifice livré au plaisir », dont les contractions et dilatations alternent au rythme des expériences du manque et de la satisfaction.

Autrement dit, F. DOLTO conçoit l'image du corps comme profondément subjective. De son point de vue, « elle est liée aux émotions, à l'érotisation de la sensorialité à la période pré-génitale et au désir du sujet. C'est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation ». Elle conclut sur l'étayage que fournit le schéma corporel à l'image du corps, et affirme que nous pouvons entrer en communication avec autrui uniquement grâce à leur intrication.

En ce qui concerne J. LACAN, l'image du corps est fondamentalement liée au stade du miroir par lequel passe le jeune enfant (6-18mois). Il va dissocier l'image du corps *réel* (tel que nous le ressentons) de l'image du corps *vu*, qu'il nomme ***Image spéculaire***.

J.-D. NASIO reprend et décrit ainsi la théorie autour du stade du miroir : « phase au cours de laquelle, pour la première fois, l'enfant perçoit dans la glace une silhouette humaine, mouvante et dynamique, qui se rapporte à lui ». Il s'agit donc aussi du premier moment où l'enfant se perçoit comme une entité à part entière, c'est-à-dire comme un être différent des autres personnes et des objets qui l'entourent (tels que les poupées, les nounours, etc).

Cependant, il soulève le fait que dans le miroir, seule l'apparence est reflétée ; nous n'y voyons pas nos sensations ni les états émotionnels qui nous traversent et nous saisissent au plus profond de notre être.

Cette image renvoyée nous montre une silhouette qui va pouvoir s'identifier au genre humain, puisqu'elle est semblable à celle des autres. C'est pourquoi J. LACAN accorde à cette ***Image spéculaire*** un rôle fondamental dans la construction de l'identité, et donc dans la naissance du *Je*.

Finalement, nous pouvons voir que les théories psychanalytiques supposent que l'image du corps est inconsciente. Le schéma corporel, quant à lui, serait la représentation du corps propre en dynamique et en statique.

De façon synthétique, J.-D. NASIO définit le schéma corporel comme la « représentation pré-consciente, spatiale et fonctionnelle de l'organisme », alors que l'image du corps serait une « représentation inconsciente qui révèle le corps dans sa qualité de substrat relationnel entre le sujet et l'Autre ». Cette image s'avère évolutive puisqu'elle se construit et se transforme tout au long de la vie.

* Approche scientifique

En neuropsychologie, le schéma corporel est appréhendé comme un « système de localisation ». Il correspondrait à un ensemble de représentations destinées à l'action motrice, et répondrait à deux questions :

- « Où ? », c'est-à-dire où se trouvent mes membres et la cible de l'action
- « Comment ? », à savoir comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser l'objectif visé et comment atteindre une zone corporelle spécifique.

Ces questionnements sont censés fournir les informations posturales, ainsi que les coordonnées spatiales des différents membres, nécessaires à la détermination de ce qui est appelé le « référentiel égocentrique ». Ce dernier s'établit donc à partir de l'intégration de différentes afférences (issues des organes des sens, de l'étirement de la peau, du tonus musculaire, des pressions articulaires etc...), qui concourent à l'élaboration et la concrétisation de l'action, puis à la réévaluation et au possible ajustement *a posteriori* de cette même action.

Dans le même sens, S. GALLAGHER¹⁴ va définir le schéma corporel comme un « système de capacités sensorimotrices, qui fonctionne sans conscience ou nécessité d'un contrôle perceptif ». Il a notamment réalisé de nombreux travaux autour du phénomène du « membre fantôme » retrouvé chez les personnes amputées et des capacités d'imitation du nouveau-né, qui l'ont mené à conclure sur une composante innée du schéma corporel.

L'image du corps, quant à elle, est définie comme un « système de perception des formes ». Elle servirait à l'identification et la reconnaissance de sa propre silhouette. La question associée à l'image corporelle est « Quoi ? », autrement dit « qui suis-je ? » et « quelles sont les particularités de mon apparence physique ? ».

Selon J.-M. ALBARET (35), elle serait donc consciente et liée aux facteurs aussi bien biologiques et psychologiques que socio-culturels.

Nous voyons donc ici une conception à l'opposé des théories psychanalytiques, puisque pour ces chercheurs ce serait davantage le schéma corporel qui posséderait un caractère inconscient et l'image du corps une dominante consciente.

Toutefois, F. De VIGNEMONT (9) publie un article dans lequel il tente de se dégager d'un clivage lié à la conscience ; pour lui il ne s'agit pas d'un critère valable pour différencier image du corps et schéma corporel.

Ces travaux l'ont mené notamment à s'intéresser aux représentations corporelles et à quel moment intervenait image et schéma corporels. Il proposera de voir ce dernier comme un ensemble de représentations sensorimotrices orientées en fonction de l'action menée. De ce fait, le schéma corporel interviendrait aussi bien à court terme pour ce qui est de la programmation du mouvement, de l'exécution puis du retour sensoriel sur l'acte effectué (qui permet de réactualiser ce schéma à cet instant précis) ; qu'à long terme avec la connaissance de ses propres caractéristiques physiques (localisation et longueur des membres principalement), qui reste dans ce cas relativement stable.

14. GALLAGHER S. (2005), *How the Body Shapes the Mind*. New York, Oxford University Press

* Et en psychomotricité ?

Nous partons du principe que la représentation corporelle s'élabore tout au long de la vie. Sa construction tient compte à la fois des facteurs cognitifs, moteurs et affectifs, engagés aussi bien dans la relation à l'environnement qu'auprès d'un autre individu.

Parmi les psychomotriciens, il est possible de trouver des variations dans les définitions et significations accordées au schéma corporel et l'image du corps (bien que tous essayent de se baser sur les mêmes fondements théoriques).

L'une des plus connues, et encore utilisée comme référence, reste celle de J. de AJURIAGUERRA datant de 1970 : « Édifiés sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (35).

Nous retrouvons ici plusieurs similarités et concordances avec les théories évoquées précédemment, notamment à propos d'une construction issue d'expériences motrices et des afférences sensorielles, ainsi qu'une réévaluation constante de l'action effectuée, actualisant notre schéma corporel en permanence.

C. PAVOT (35) ajoutera qu'il « est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps, l'environnement ».

Pour D. LAURU (18), l'image du corps serait invariante tout au long de la vie, à la façon d'un « baromètre narcissique subjectif ». D'autre part, il précise qu'il est difficile d'avoir une représentation juste de soi-même, et qu'en conséquent, ce sont souvent les autres qui renvoient au sujet ce qu'il donne à voir. Cela n'est pas sans faire écho aux propos de J.-D. NASIO (28), pour qui « nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps ». C'est-à-dire que la vision de nous-même est forcément subjective, empreinte de ce que nous souhaitons ou craignons être ; nous nous voyons toujours soit par excès, soit par défaut.

Selon P. DALARUN (40), l'image du corps serait elle-aussi influencée dans sa construction par toutes les informations sensorielles afférentes. De ce fait, il énonce l'existence d'une image du corps aussi bien tactile que kinesthésique, olfactive, auditive, et visuelle. De par son intrication avec les états affectifs et émotionnels de l'individu, cette image serait d'après lui « extrêmement labile » et donc difficilement appréhendable.

Il conçoit le schéma corporel comme « la représentation anatomique que chacun se fait de son propre corps », servant de référence pour se situer dans l'espace et entrer en interaction avec le monde environnant.

En 2011, E. PIREYRE, dans son ouvrage *Clinique de l'image du corps* (30), va redéfinir et préciser ces deux concepts afin de les adapter à la pratique psychomotrice.

Il propose de remplacer le terme de schéma corporel, qui à son sens est trop imprécis, par la terminologie de **sensibilité somato-viscérale**.

D'autre part, il va décrire l'image du corps comme étant « **composite** » ; selon lui, la conception de F. DOLTO a le mérite de constituer un socle de départ, mais elle est d'autant plus incomplète qu'elle ne réserve, entre autre, aucune place au Moi-peau, théorisé par D. ANZIEU (voir II. 1. 3. *Notion d'enveloppes*).

Ainsi, il mettra en évidence 9 sous-composantes de cette image :

- **le sentiment de continuité d'existence** (image de base de F. DOLTO) : il s'agit de l'une des premières et des plus archaïques étapes que doit traverser le bébé dans son évolution. Elle est reliée à la sensorialité et au développement psychoaffectif, et se définit comme une « sécurité intérieure, qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours le même ».
- **l'identité** (image fonctionnelle) : elle s'enracine également dans notre sensorialité ainsi que dans la relation à nos parents.
- **l'identité sexuée** (image érogène) : sa construction est plus tardive (vers la fin de la deuxième année) que la différenciation biologique des sexes (qui s'effectue au cours de la grossesse). Elle est influencée par les croyances subjectives et sociales.
- **la peau** : elle est à concevoir aussi bien comme une enveloppe physique que psychique, où sont inclus plusieurs orifices.
- **l'intérieur du corps** : il se compose des viscères, des organes, du squelette, des muscles... Il est essentiel de préciser que nous n'avons pas d'information venant des os à proprement parler ; ce qui donne la sensation de dureté, de quelque chose « qui tient » à l'intérieur de soi, c'est le tonus.
- **le tonus** : il est influencé par nos états émotionnels et l'environnement ; il est également lié à la maturation neurologique.
- **la sensibilité somato-viscérale** : elle correspond donc au schéma corporel qui, nous le voyons, est ici abordé comme composant de l'image corporelle. Cette sensibilité, E. PIREYRE la nomme « intéroception ».
- **les compétences communicationnelles du corps** : elles font, par exemple, référence aux attitudes, modifications toniques, mimiques, déplacements, émotions, regards et écoute de l'individu. Celui-ci, en fonction de sa propre histoire et de son contexte socioculturel, aura un mode de communication subjectif et personnel.
- **les angoisses corporelles archaïques** : elles se rapportent, entre autres, à la chute, la liquéfaction, le morcellement ou la dévoration, et s'inscrivent dans l'inconscient (mais apparaissent dans certains aspects de nos cultures, de nos loisirs ou encore de nos personnalités). Typiquement, elles sont susceptibles de ressurgir lors des séances de relaxation.

Cette image du corps reste alors, globalement, inconsciente ; mais chaque sous élément peut revenir de façon individuelle à la conscience.

Dans tous les cas, il paraît indéniable que le schéma corporel et l'image du corps soient intriqués. D'après C. POTEL (32), cette interdépendance est essentielle, que ce soit pour enrichir notre « organisation fonctionnelle et instrumentale » ou soutenir l'évolution du regard porté sur soi au fil des diverses « expériences psychoaffectives et relationnelles ».

Nous verrons plus loin combien ces dimensions sont altérées chez nos patients reçus au Centre, et comment notre travail autour de la conscience corporelle viendra questionner et parfois remanier ces deux concepts.

1. 2. Obésité & Image du corps... Toute une histoire

Il me paraît intéressant, à ce stade, de faire une parenthèse autour de l'histoire des idéaux liés à l'apparence. En effet, l'image corporelle est intimement liée aux contextes sociaux, culturels, artistiques... Le modèle à atteindre évolue ainsi parfois du simple ou double en fonction des périodes historiques.

G. VIGARELLO¹⁵, dans son ouvrage *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Age au XXème siècle*, nous dit que « le corps et ses formes représentent depuis longtemps un enjeu de distinction sociale, dans la mesure où il donne à voir aux autres le statut que nous occupons dans la société ».

Tous ces constats ont pu être établis grâce à l'apport très riche de l'art (peintures, sculptures,...) et de nombreux récits. Chaque artiste s'approprie l'engouement social autour des qualités physiques et esthétiques du corps (notamment féminin), pour finalement reproduire à l'identique la silhouette idéalement admise, ou au contraire créer un décalage à la limite de la provocation (ce qui fut le cas notamment pour les sculptures démesurées de F. BOTERO).

Aux temps préhistoriques, les hanches très larges, les fesses rebondies et les seins énormes avaient un grand pouvoir de séduction. Cela ne sera plus le cas dans la Grèce classique, où les femmes deviennent plus androgynes, arborant une large carrure et des muscles saillants.

Au Moyen Age, la femme idéale des castes supérieures se fait menue, presque fluette. Puis à la Renaissance, la femme de noblesse redevient peu à peu plus imposante.

Au XVIème siècle, F. RABELAIS fut un maître en matière de trop et d'excès. Ces « monstres » (22) que sont Gargantua ou Pantagruel témoignent d'une période où le corps, « dans sa conjoncture de prolifération (rondeur, grosseur...) est glorifié, car il est la marque, l'empreinte d'un signifiant majeur en ces temps de famine, celui de bonne santé ».

Au XVIIIème siècle, la silhouette potelée prend aisément sa place ; l'idéal féminin se pare d'une poitrine abondante et de cuisses épaisses, voire cellulitiques. Le XIXème siècle reste dans cette lignée, le réalisme bourgeois renvoyant aux silhouettes massives.

Entre 1910 et 1925, le rapport entre tour de poitrine et tour de taille connaît un brusque effondrement. De la femme plantureuse, nous passons à la femme « planche à pain » des Années Folles, à l'apparence « de garçon » sans seins ni hanches. Ce rejet des attributs féminins correspond au moment où la femme lutte pour son émancipation et tente d'acquiescer des droits (tels que le droit de vote ou la liberté sexuelle, jusque-là réservés aux hommes).

Puis vient la crise économique de 1929 : les seins et les hanches font leur réapparition pour culminer dans les années 40, mais sans revenir au corps épais du début du siècle. Après la guerre, l'idéal reprend sa tendance amincissante pour parvenir, dans les années 60 à 70, à un corps semblable à celui des années 20. Cette période a été baptisée « les années Twiggy », en référence au mannequin-symbole au profit de l'anorexie mentale.

Dans les années 80, le corps s'étoffe avec des seins qui se portent à nouveau bien ronds, mais les hanches et la taille restent minces. A noter l'apparition d'un nouveau standard de beauté : le « corps fitness ». La beauté féminine est associée au muscle, rejoignant en partie les valeurs masculines.

15. VIGARELLO G. (2010), *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Age au XXème siècle*, Seuil

A ce moment là, il ne s'agit plus seulement de perdre de la graisse, mais aussi d'acquérir du muscle et de sculpter son corps par la pratique de l'exercice physique ; il faut pouvoir exhiber un corps aux formes nettes. Le désir d'être musclée s'accompagne d'un rejet de toute graisse, plus violent que jamais.

A notre époque, les canons de beauté ne sont pas équivalents d'un pays à l'autre. Par exemple, l'idéal aux États-Unis prône les jambes longues et fusiformes, un ventre plat et musclé, des seins hauts et importants. En France, la femme parfaite a des allures moins sportives : elle est plus petite, plus gracile et sa poitrine est nettement moindre. En Inde, Moyen-Orient ou Afrique Noir, les valeurs s'éloignent de celles occidentales, pour retrouver des femmes plus rondes et grasses.

Afin de tenter de conformer leur corps réel à leur corps idéal, la plupart des femmes développent divers comportements de restriction alimentaire. Or nous l'avons vu, ces comportements favorisent une instabilité pondérale qui, à long terme, peut mener vers l'obésité initialement crainte.

1. 3. Notion d'enveloppes

Ce qu'il y a de plus profond dans l'homme, c'est la peau.
Paul VALERY

Le sentiment d'enveloppe est une **création mentale**, dont les auteurs insistent sur l'origine très corporelle, notamment par rapport à la peau.

Cette construction mentale donne au sujet le sentiment d'un « espace organisé et délimité, approprié et donc subjectivé », qui s'ancrerait dans « l'expérience physique de la peau comme frontière » d'après A.M. LATOUR (20).

Chez l'individu en situation d'obésité, la peau reste accessible mais l'épaisseur entre celle-ci et les muscles est telle que la perception du volume est parfois erronée. Le schéma corporel n'est plus à jour et l'image du corps est distordue.

1. 3. 1. Moi-peau

Nous devons ce concept à D. ANZIEU (1), qui écrit : « La première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci ». C'est cette figuration symbolique qu'il propose, dans les années 70, d'appeler Moi-peau.

Il s'agirait alors de l'élaboration d'un « Moi contenant », faite à partir de l'expérience que le tout petit a de la surface de son corps. Cette période du développement précoce de l'enfant correspond, selon D. ANZIEU, au moment où « le moi psychique se différencie de son moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ».

E. SECHAUD (36), aborde le concept du Moi-peau comme une réponse originale à la question des atteintes « des limites du moi », notamment en ce qui concerne les individus avec des organisations psychiques particulières. Elle affirme alors que le Moi-peau est en fait une véritable métaphore de l'enveloppe corporelle.

D'après ces auteurs, « Toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique ». C'est pourquoi D. ANZIEU décrit huit fonctions du Moi-Peau, qui prennent naissance dans les différentes qualités de l'enveloppe cutanée :

- **la maintenance** : tout comme la peau qui remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme. Cette fonction peut être reliée à celle de *holding* de D. W. WINNICOTT¹⁶, c'est-à-dire la façon dont la mère soutient le bébé (aussi bien physiquement que psychiquement).
- **la contenance** : de même que la peau, qui enveloppe et recouvre l'ensemble de la surface corporelle, le Moi-peau vise à contenir tout l'appareil psychique. Ici le parallèle est fait avec le *handling*, correspondant à l'ensemble des soins que porte la mère à son enfant.
- **le pare-excitations** : la couche superficielle de l'épiderme reçoit les excitations externes et protège la couche sensible (et l'organisme en général) des agressions physiques et de l'ensemble des stimuli.
- **l'inscription des traces** : la peau enregistre les traces (surtout sensorielles) de l'interaction du corps et du monde.
- **l'intersensorialité** : le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures (sur la base de l'enveloppe tactile) ; cette fonction aboutit à la constitution d'un « sens commun ».
- **l'individuation** : par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau présente des différences individuelles considérables. Le Moi-peau assure de la même façon une fonction d'individuation du soi, qui apporte au sujet le sentiment d'être unique.
- **la sexualisation** : le Moi-peau agit comme une surface de soutien de l'excitation sexuelle globale, « sur laquelle des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée ».
- **l'énergisation / recharge libidinale** : la peau se trouve être la surface de stimulation (par le biais des excitations externes) du tonus sensorimoteur ; de la même façon, le Moi-peau va maintenir la tension énergétique interne.

A toutes ces fonctions, il est également possible d'ajouter celle de stockage. En lien avec notre propos, il serait plus particulièrement question du stockage des graisses, dont D. ANZIEU nous dit que l'accumulation serait à rapprocher du rôle de la fonction mnésique.

Ce concept reconnaît finalement une capacité de l'épiderme qui, en tant que surface recouvrante de notre corps, se pose comme un élément clé dans la construction de notre identité. Notre peau nous délimite, mais fait également figure d'interface avec le monde, frontière vivace entre le dedans et le dehors. Le Moi-peau assurant cette charnière, il nous protège aussi bien des pulsions internes que des agressions externes.

16. WINNICOTT D. W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot

1. 3. 2. Moi-Graisse

C'est P. PEUTEUIL (29) qui imagine le concept de Moi-Graisse, en écho au concept de D. ANZIEU (1). En effet, alors que le Moi-peau joue le rôle d'interface, il considère que le Moi-Graisse viendrait jouer un « rôle de tampon ».

Ce tampon serait destiné à amortir et diluer toutes les agressions quotidiennes qui menacent l'équilibre de la personne en situation d'obésité. Il permettrait également de confiner au sein du sujet tous les conflits et pulsions agressives qu'il serait tenté de rejeter vers l'extérieur. La graisse devient à ce moment-là un véritable isolant, aussi bien de l'individu par rapport au monde que du monde envers l'individu.

A. SANAHUJA & P. CUYNET (34), quant à eux, émettent l'idée d'une seconde peau. Celle-ci se développerait de façon compensatrice lorsque « la première peau psychique n'a pas pu se mettre en place ou a des failles ».

L'obésité exprimerait alors un mécanisme de défense, l'enveloppe cutanée graisseuse serait en mesure d'amortir les coups blessants, protégeant ainsi l'individu de la relation à l'autre et le rendant difficilement atteignable.

Cette seconde peau, qualifiée par ces auteurs de « nébuleuse », absorbe l'agressivité externe mais évite aussi au sujet lui-même de passer à l'acte, sa pulsionnalité étant absorbée dans l'épaisseur de la viscosité adipeuse. Ce point doit nous rendre vigilants lorsqu'un patient perd du poids de façon trop rapide : il peut être déstabilisé, ce qui crée de l'angoisse et peut conduire, dans certains cas, à un passage à l'acte par des conduites auto ou hétéro-agressives.

Au-delà de ces différentes conceptions, il est possible de décrire d'autres types d'enveloppes : sonore, visuelle, thermique, olfactive... Nous aborderons également plus loin la théorie de la « seconde peau musculaire » élaborée par E. BICK (20).

1. 4. Obésité & sexualité

Avec la théorie de E. PIREYRE (30), nous avons évoqué la place de l'identité sexuelle dans l'image « composite » du corps. Il me paraît donc important d'y accorder ici un regard plus développé, afin de comprendre ce qui se joue en particulier chez la personne atteinte d'obésité.

De par mes recherches et mes rencontres avec les patients du Centre, j'ai pu prendre la mesure du mal-être dont certains pouvaient souffrir et de ce qu'impliquait l'obésité au niveau de l'identité sexuelle.

Selon B. WAYSFELD (39), « Etre gros, (..) c'est être asexué ou bisexué » : cela signifie que d'un côté, l'individu ne peut prétendre à être désiré puisqu'il est hors norme et ne répond pas aux critères standards sociétaux ; et d'un autre côté, de par ses rondeurs et sa carrure puissante, il serait susceptible de répondre aux exigences des deux sexes.

Tout se passe comme si l'enveloppe adipeuse venait abolir la différence des sexes. Chez les hommes, le surplus de graisse au niveau thoracique peut donner l'impression d'une « poitrine », et l'obésité abdominale provoque l'illusion d'être face à des hommes « enceintes ». Chez les femmes, le volume corporel vient atténuer les formes féminines et rend compte d'une massivité davantage masculine.

Une grande partie des femmes que j'ai pu côtoyer au Centre m'a fait part de ce sentiment de ne plus se sentir féminines. Beaucoup ne se maquillent plus, n'osent pas se regarder dans le miroir ; certaines disent ne plus porter de maillot de bain et préfèrent dissimuler « toute cette graisse » sous des vêtements amples.

Pour faire le lien avec ce que j'ai relaté concernant les bénéfices secondaires de l'obésité, nous pouvons reprendre ici l'idée que le surplus charnel et adipeux vient justement protéger l'individu de tout ce qui touche à la sexualité. En se cachant derrière son apparence hors norme, il se met à distance de toute relation qui pourrait s'établir avec un autre suscitant du désir. Le sujet se sert du fait arbitraire que personne ne s'intéressera à lui tant « qu'il est gros » et évite ainsi tout risque de s'engager puis d'être abandonné pour quelqu'un dont l'apparence serait « plus attirante ».

D'ailleurs, J.-Y. LE FOURN (22) se demande si, contrairement à Gargantua chez qui tout est géant, « son alimentation, tout comme son appétit sexuel », il n'y aurait pas dans l'acte de manger (que ce soit dans l'excès ou dans le trop peu), une « volonté de supprimer, de barrer toute activité sexuelle », et donc de se rendre asexué.

Enfin, nous pouvons aussi évoquer ce qu'il advient de ce sentiment chez l'individu obèse qui maigrit. Plus ou moins soudainement, il se retrouve confronté à une image qui est davantage susceptible de plaire ; de nouveau sujet aux convoitises, il se peut que cela soit difficilement acceptable pour lui. G. APFELDORFER (3) expose que, dans ce cas, la personne « assimile toute entreprise de séduction à une agression à son égard, ou une insupportable tentative de manipulation ».

De plus, il peut être blessé par le fait qu'il attire désormais plus d'intérêt, comme si seule son apparence importait, au détriment de ce qu'il est intérieurement.

1. 5. Distinction des sensations... Enjeu majeur chez la personne obèse

*« L'écoute des sensations m'a permis de percevoir mon Moi intérieur »
Une patiente*

1. 5. 1. Sensations & Perceptions

Les **sensations** constituent le thème le plus important dans l'abord de la conscience corporelle, intervenant de façon indispensable dans la structuration du schéma corporel ainsi que dans le développement des représentations de soi.

La sensation, c'est la première étape d'une chaîne d'événements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception.

Les premières sensations qui s'élaborent sont de l'ordre de la relation à soi. Celles-ci mettent en évidence quelque chose de l'individualité, de l'unicité, elles permettent de faire prendre conscience à l'individu qu'il est différent des autres, mais également semblable aux autres êtres humains.

La **perception** correspond au « traitement cognitivo-affectif de la sensation » d'après E. PIREYRE (30). Nous comprenons alors que chaque sensation arrive dans un système qui a un vécu et une mémoire lui donnant une couleur particulière. Ainsi, la perception d'une même sensation peut être différente d'un individu à un autre en fonction de son histoire passée.

Nous nous apercevons qu'il s'agit à ce stade là d'une interprétation des sensations, qui peut être liée aux émotions (le stress peut, par exemple, déclencher une hyper-vigilance ; à l'inverse, des préoccupations récurrentes peuvent nous couper de nos sensations).

La perception témoigne donc d'un état de conscience ; le perçu se substitue au senti, nous ne sommes plus dans le réel de la sensation. La perception vient finalement localiser la sensation en s'appuyant sur la **représentation**.

Notre perception est soit focalisée, soit panoramique : nous pouvons être dans la conscience de la globalité de notre être, mais nous pouvons aussi, par une perception discriminative, nous centrer sur un système sensoriel en particulier.

Pour qu'une sensation puisse se transformer en perception, il faut qu'il y ait un rythme : la sensation doit se répéter ou être séquencée. En effet, elle devient identifiable uniquement du moment où elle apparaît et disparaît (une sensation continue est oubliée, c'est ce qui est couramment défini comme la loi de l'habituation sensorielle).

Les grands types de sensations qui vont intéresser les représentations du corps sont attribuées aux 5 sens, auxquels E. PIREYRE (30) ajoute le rôle fondamental de la peau pour ce qui est de la discrimination des informations mécaniques, thermiques, chimiques et nociceptives. Cet ensemble, attribué à la sensibilité somatique superficielle, est appelé **extéroception**.

Nous trouvons ensuite, selon les auteurs, des différences dans la définition de **l'intéroception**. Pour certains, elle comprend aussi bien la proprioception que la sensibilité viscérale. Pour sa part, E. PIREYRE (30) considère cette dernière comme correspondant à elle seule à l'intéroception. Il associera la proprioception à la sensibilité somatique profonde.

Nous devons le terme de « **proprioception** » aux racines latines « *proprio* » et « *proprius* », signifiant « qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas avec l'autre ».

Il s'agit en fait d'un flux sensoriel continu qui s'établit, selon J. DALARUN (40), sur les sens kinesthésiques et vestibulaires. En plus de ces derniers, s'ajoutent les propriétés des différents systèmes tels que : l'enveloppe cutanée (comme contenant étanche avec des orifices), le squelette (comme charpente avec des chaînes osseuses articulées), les muscles (avec leurs variations toniques) et les viscères ainsi que les organes, qui se remplissent et se vident. Tous ces éléments doivent « s'agencer en une perception globale et cohérente ».

D'après S. ROBERT-OUVRAY & A. SERVANT-LAVAL (35), la proprioception constitue l'une des bases fondamentales de « l'ancrage organique de notre identité », du fait qu'elle fournit l'essence même de ce qui mène à la conscience de soi.

Cette sensibilité joue aussi un rôle dans l'ajustement postural car « elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres ». Ainsi, la proprioception entretient la connaissance de soi et « assure l'harmonie de la contraction tonique musculaire »

1. 5. 2. *Que se passe-t-il chez la personne en situation d'obésité ?*

Il n'existe pas de généralité ou de vérité absolue, cependant, nous pouvons mettre en évidence plusieurs éléments régulièrement retrouvés chez les sujets présentant une obésité.

J'ai eu l'occasion de m'apercevoir que ce qui dominait concernant la problématique de nos patients, c'est justement le manque d'écoute des ressentis et éprouvés. Tout ce passe comme si l'individu s'isolait de toute sensation.

Cela peut s'expliquer notamment par les difficultés qu'éprouvent de nombreux patients à investir leur corporéité ; ils semblent parfois refuser de s'incarner dans ce physique qui leur fait honte, qu'ils n'arrivent pas à accepter.

Par conséquent, une majorité d'entre eux en vient à faire abstraction de toutes sensations corporelles, comme une façon de dénier ce qu'ils sont. Or, en se coupant de certaines informations sensorielles, c'est tout leur équilibre qui est mis en péril et, à terme, c'est leur obésité qu'ils entretiennent.

Concernant l'acte de manger, le rassasiement devient de plus en plus imperceptible. L'oscillation physiologique entre sensations de faim et de satiété n'existe plus, la prise alimentaire n'est alors plus contrôlée puisque l'individu mange sans savoir quand s'arrêter.

Pour plusieurs patients, nous pouvons également rendre compte d'une certaine sélection des perceptions : seules les sensations négatives sont perçues. Cela est notamment le cas lorsque la personne est très douloureuse et /ou possède une estime d'elle-même très faible. Très fréquemment, les patients ne se rendent plus compte de ce qui va bien chez eux ou de ce qui leur procure du plaisir ; tout est perçu par le prisme de l'obésité, le positif se fait rare et le bien-être est inhibé.

1. 5. 3. *Quelques théories explicatives*

C'est H. BRUCH (5) qui décrit sans doute un des modèles les plus convaincant à propos de certains troubles du comportement alimentaire. Elle évoque le fait que l'acte de manger, apparemment inné, se base en réalité sur un apprentissage qui se met en place dès la naissance. Pour cela, il est essentiel que le nourrisson reçoive des réponses adaptées à l'expression de ses besoins, pour pouvoir ensuite construire une bonne conscience de lui et de ses diverses possibilités.

Concernant la fonction alimentaire, elle explique que si la mère (*au sens global d'individu qui prend soin*) répond de façon appropriée aux signaux signifiant un besoin nutritionnel, c'est-à-dire qu'elle offre à son enfant la nourriture adéquate, alors celui-ci pourra développer « l'engramme de la faim ». Il apprendra progressivement à le reconnaître et finira par le dissocier de ses autres sensations ou besoins (colère, soif etc).

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les réponses maternelles seront inadaptées, qu'elle va négliger ou à l'inverse gaver l'enfant et le nourrir sans faire de distinctions entre ses divers besoins, alors le nourrisson se trouvera à ce moment dans la plus grande confusion. Il sera finalement, en grandissant, incapable de faire la discrimination entre les sensations de faim et de satiété, ni même capable de faire tout simplement la différence entre un état de déplétion nutritionnel et une carence physiologique autre.

Pour compléter cette théorie, B. WAYSFELD (39) ajoute que l'attitude de « gavage systématique » aboutit finalement à une confusion des affects et une faille dans la structuration du désir qui, nous le savons, ne peut s'établir sans le manque. Il affirme ainsi que ce manque, qui a été trop tôt comblé viendra paradoxalement un jour à manquer et ne pourra être restitué qu'artificiellement, par le recours à ce qu'il appelle « l'aliment-drogue » (l'individu agit tel un toxicomane, il se nourrit par compulsions).

Nous voyons donc à quel point les interactions précoces entre le nourrisson et son entourage constituent les prémices de ce qui pourra mener plus tard vers des troubles des conduites alimentaires.

Une autre théorie, exposée par G. APFELDORFER (3), évoque la position hyperempathique dont font preuve certains individus. C'est-à-dire que pendant certaines périodes, leur attention est entièrement accaparée par l'environnement, au détriment de la perception des sensations internes, des émotions, des pensées propres. Mais cette position de déséquilibre ne peut être maintenue indéfiniment. Lorsque l'hyperempathie fléchit, l'individu ressent alors un manque, un vide angoissant, voire un vacillement de son identité. Afin de pallier à ces moments d'effondrement, le sujet développe diverses stratégies de défense ; l'hyperphagie est l'une d'entre elles.

La position hyperempathique n'est donc pas un état permanent, mais vient en alternance avec un autre état, caractérisé par un besoin de sensations intenses et immédiates.

L'illustration classique est celle d'un individu hyperactif, dont l'attention est accaparée par son travail durant la journée. Puis lorsqu'il rentre chez lui le soir, que son activité cesse, il ressent alors un vide interne angoissant, et lutte contre celui-ci par des prises alimentaires incontrôlées.

1. 5. 4. Quand la douleur s'en mêle...

*Elle prend toute la place et je n'existe plus en tant que Je : la douleur est
Didier ANZIEU*

Douleur : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion (Association Internationale d'Étude de la Douleur)

A quelques exceptions près, tous les patients reçus au sein du Centre sont douloureux ; en général, ces douleurs sont multiples et chroniques, c'est-à-dire qu'elles persistent depuis plus de six mois.

Les contraintes physiques seront d'autant plus présentes que la surcharge pondérale est importante. L'impact du poids se ressentira aussi bien sur les structures musculaires, squelettiques et articulaires, que circulatoires. Parmi les douleurs les plus fréquemment rencontrées, nous avons celles au niveau des genoux (gonarthrose), des hanches (coxarthrose) et du dos (lombalgie, lombosciatique, hernie discale) ; ainsi que des douleurs associées aux tensions musculaires, principalement dans les régions de la ceinture scapulaire et cervicale.

D'autre part, il n'est pas rare de recevoir des patients possédant des prothèses, notamment aux hanches et aux genoux (uni ou bilatérales).

Lors du premier entretien avec les patients, nous comprenons que dans la plupart des cas, les douleurs entravent toute activité physique qui pourrait les aider à perdre du poids. De façon encore plus générale, elles empêchent l'individu de réaliser certaines tâches quotidiennes ou bien d'accéder à des loisirs.

Ils sont nombreux à témoigner d'une marche ralentie et douloureuse (provoquant parfois une boiterie) ou encore d'un équilibre altéré avec une peur de la chute. Tout cela les conduit bien souvent vers une perte du plaisir de bouger, menant à plus ou moins long terme à la sédentarité.

Il n'est pas exclu de rencontrer des personnes qui, jusqu'alors, restaient cloîtrées chez elles, comme figées dans leur fauteuil ou leur lit afin d'éviter au maximum les douleurs. Dans ces cas là, elles se retrouvent complètement isolées et désocialisées, et peuvent sombrer dans un syndrome dépressif.

De part le manque d'activités, les stimulations proprioceptives sont réduites et les repères diminués. Petit à petit, les informations algiques prennent l'ascendant, et l'individu finit par se percevoir et se vivre uniquement à travers la douleur.

Ce que nous retrouvons fréquemment chez nos patients, c'est le recrutement tonique massif afin de pallier à toute sensation douloureuse. Cela peut faire écho à la « seconde peau musculaire » de E. BICK (20) : l'individu se défend contre la douleur en se formant une sorte de cuirasse protectrice. Or ces tensions musculaires accrues, qui à court terme peuvent soulager, vont en réalité finir par augmenter la douleur.

Nous voyons donc que la douleur influence le tonus du patient, qui affecte sa qualité de communication non verbale et finalement sa relation à l'environnement.

C'est pourquoi la prise en charge de la douleur est essentielle pour nos patients, aussi bien pour réduire l'impact purement physique que pour agir sur les répercussions psychologiques et psychomotrices occasionnées.

L'approche psychomotrice va accompagner le patient dans le réinvestissement de sa corporalité : il pourra se réapproprier ses sensations, et s'apercevoir qu'il n'est pas fait « que de douleurs », il subsiste des zones corporelles « saines ». Notre objectif est donc d'arriver à faire diminuer la tension globale afin de rétablir une certaine unicité, avec une harmonisation entre les zones exacerbées par la douleur et celles qui vont bien, davantage laissées de côté.

1. 6. Quand « être conscient » ne suffit pas...

*C'est en étant à l'écoute de soi-même qu'on pourra être à son mieux.
Gérard APFELDORFER*

C'est C. POTEL (32) qui évoque le fait que « la sensation ne peut se suffire à elle-même ». En effet, bien qu'elle soit évidemment indispensable pour amorcer tout travail de prise de conscience, la sensation doit surtout servir de support afin d'ouvrir un passage vers l'éprouvé, l'intégration et la symbolisation.

L'écoute des sensations doit permettre une « appropriation subjective de soi » ; le psychomotricien est là pour guider le patient sur ce chemin de l'analyse des perceptions et renforcer les verbalisations naissantes associées.

1. 6. 1. Comprendre ce qui parvient à la conscience

Neurologiquement parlant, la prise de conscience corporelle signifie recenser et analyser les afférences sensorielles (aussi bien périphériques qu'internes) et y consacrer plus ou moins d'attention. Il s'agit donc, selon E. PIREYRE (30), de « se confronter à la réalité corporelle vécue ».

En demandant au patient de focaliser son attention sur ses sensations, c'est comme si nous lui offrions l'accès à une partie de « son monde intérieur ».

Toutefois, pour les psychanalystes, la sensation ne serait pas accessible en tant que telle ; il serait seulement possible d'appréhender la trace qu'elle laisse, appelée représentation psychique. Ainsi, nous comprenons qu'il s'agirait de passer du senti au ressenti, où la perception témoignerait alors d'un état de conscience.

Nous pouvons alors nous approcher de la pratique de la méditation de pleine conscience, ou de « *Mindfulness* », initiée notamment par J. KABAT-ZINN¹⁷. D'après ce dernier, l'état de conscience résulte du fait de « porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ».

Il précise qu'être conscient sur l'instant présent, c'est finalement se mettre à distance aussi bien du passé (afin d'éviter les orientations dépressives), que du futur (pour ne pas angoisser).

Selon E. PIREYRE (30), l'attention assure un « lien entre la sensorialité et les affects ». De ce fait, il est essentiel d'offrir un espace de verbalisation au patient : trouver les mots justes pour exprimer son ressenti, c'est déjà accéder à un niveau supérieur de compréhension de ce qui est perçu.

1. 6. 2. Analyser ses perceptions et répondre en conséquence

Du point de vue de A.-M. LATOUR (21), la psychomotricité correspond précisément au processus qui permet aux patients que nous recevons de s'apercevoir d'eux-même, de s'apercevoir de ce qu'ils vivent. C'est un retour réflexif fondamental et essentiel, que nous nous attachons tout particulièrement à effectuer au Centre, notamment en incitant la personne qui vient de s'exprimer à préciser ses ressentis (« est-ce agréable ? Désagréable » ; « est-ce quelque chose d'angoissant ? » etc).

Là est toute la subtilité de notre travail autour de l'écoute des sensations ; il ne suffit pas de faire l'expérience, encore faut-il s'apercevoir de ce que cela provoque en nous et de comment nous allons nous l'approprier pour, peut-être, réagir en fonction.

Quand le patient est capable d'analyser ce qui arrive à sa conscience, il est alors en mesure d'agir dans son propre intérêt et de repérer ce qui est bon pour lui.

A travers la mobilisation de la sensorimotricité, nous recherchons véritablement à ce que le patient retrouve une corporalité investie, qui lui permette de prendre soin de lui.

17. KABAT-ZINN J. (2009) *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness*, Bruxelles, De Boeck

Après avoir sollicité les différentes articulations du membre inférieur, un monsieur exprime le fait de sentir en lui « que ça vibre ! » ; et précise percevoir « la circulation sanguine dans mes jambes, comme si les pulsations cardiaques se répercutaient jusqu'aux orteils ». Nous l'incitons à approfondir « Et alors, cela est-il agréable ? », ce à quoi il répond « Oui, c'est extra ! J'ai l'impression d'être plein d'énergie, je me sens vivant ».

Pour ce qui est du comportement alimentaire plus précisément : G. APFELDORFER & J.-P. ZERMATI (40) exposent que, retrouver une alimentation régie par ses propres sensations, permet au patient de réduire son anxiété, sa culpabilité et ses obsessions attachées à l'acte de manger. De ce fait, nous mesurons combien ce retour vers la compréhension et l'analyse de ce qu'il perçoit peut procurer au sujet en situation d'obésité un réel soulagement.

Nous nous apercevons donc de la multiplicité des approches concernant la prise de conscience corporelle, et à quel point celle-ci peut changer la façon dont le patient se vit et agit en conséquence.

A présent, nous allons préciser combien la psychomotricité y trouve toute sa spécificité et sa légitimité, aussi bien théorique que pratique.

2) Pertinence de l'approche psychomotrice

2. 1. Le psychomotricien est un « spécialiste du corps » (C. POTEL)

Que veut dire *être spécialiste du corps* ? De quel corps parle-t-on ? Dans tous les cas, nous savons que le corps n'est rien sans celui de l'autre, véritable « complice de son existence » (J. De AJURIAGUERRA). Alors pourquoi ne pas nous définir davantage comme nous intéressant à l'être, et non pas seulement à son corps ? D'autant plus auprès de nos patients, qui souffrent justement déjà assez de l'intérêt porté uniquement à leur « gros corps », et non pas à ce qu'ils sont réellement. Notre approche vise l'être en relation, aussi bien envers lui-même que vers autrui et le monde qui l'entoure.

De par notre formation, nous psychomotriciens, avons affiné notre écoute et notre regard sur tout ce qui est de l'ordre des sensations et des émotions ; dans un premier temps envers nous-mêmes, et dans un second temps dans la lecture et la compréhension de ce qu'il se passe chez la personne face à nous (principalement à l'aide de ce que nous nommons le dialogue tonico-émotionnel).

C'est parce que nous donnons de l'importance aux expériences sensorimotrices et que nous pouvons nous appuyer sur des ressources aussi bien psychiques que corporelles, que nous allons favoriser l'émergence des éprouvés chez notre patient, puis leur intégration sous forme de représentations. C'est notamment par le biais des médiations, qui ouvrent la voie à une « élaboration constructive vivante », que nous lui offrirons l'accès à la symbolisation.

En psychomotricité, par notre travail autour de la prise de conscience corporelle, nous allons solliciter chez nos patients différentes sphères : aussi bien sensorielle, affective et relationnelle, que consciente et inconsciente.

Nous sommes là pour faciliter l'identification des perceptions et accompagner l'émergence des émotions et leurs représentations. Surtout, nous proposons un espace d'échange et de verbalisation des vécus corporels, nous guidons notre patient à choisir les bons mots et à les relier avec d'autres expériences de sa vie personnelle. Finalement, nous soutenons la (re)mise en route des capacités d'introspection et valorisons la subjectivité.

Enfin, pour illustrer parfaitement mes propos précédents auprès des patients en situation d'obésité, j'aimerais accorder quelques lignes au phénomène de dissociation psychomotrice, décrit par P. DALARUN (40). Selon lui, cela va de pair avec « une verbalisation dépourvue de vécu, le fonctionnement rationnel prévaut, s'accompagnant souvent de restriction cognitive ». Typiquement, il s'agit d'individus se décrivant comme scindés en plusieurs parties, avec une tête souvent non rattachée au reste du corps ; cela est signe d'une corporéité complètement désinvestie, où le patient se coupe de ses besoins les plus primaires (notamment en ce qui concerne la faim) et de ses émotions, voire même parfois de son imaginaire.

L'auteur énonce différentes caractéristiques de ses dissociations psychomotrices :

- les intermasses (qui représentent les zones de mobilité et de communication entre la tête, le thorax et le bassin) sont vulnérables et susceptibles de se bloquer, ne laissant plus passer le mouvement.

- une mauvaise qualité des appuis, un défaut d'ajustement tonico-postural à la pesanteur, une non-acceptation de son propre poids (et donc de son volume), vont mener vers une rigidité de l'axe moteur et, par conséquent, à des difficultés dans les coordinations motrices. Toujours selon P. DALARUN, cette rigidité de l'axe vient cloisonner les différents centres (physique, émotionnel et psychique), qui ne vont plus communiquer entre eux.

Pour reprendre nos objectifs, il s'agira donc de mener le patient à entrer en contact avec ses éprouvés corporels, puis de le laisser, par divers processus, se réorganiser par lui-même. Concrètement, nous le guiderons pour qu'il soit plus présent à ses sensations, pour qu'il agisse de façon consciente, qu'il prête son attention à sa respiration, à sa posture, à la qualité de ses appuis etc...

Finalement, la prise de conscience corporelle s'impose comme un outil thérapeutique privilégié dans le cadre de la prise en charge psychomotrice des personnes en situation d'obésité. Selon E. PIREYRE (30), elle est à considérer comme « l'une des bases théoriques fondamentales de la psychomotricité ».

2. 2. Bilan psychomoteur & Obésité

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun bilan étalonné concernant la personne obèse. Cependant, plusieurs psychomotriciens (je m'appuierai notamment sur les travaux de S. GAUMET), ont pu mettre au point divers questionnaires et utiliser certains items de bilans déjà existants afin d'établir un bilan « composite ». Celui-ci permettrait alors d'explorer l'ensemble des fonctions psychomotrices de base, ainsi que les composantes plus spécifiques rattachées aux problématiques de la personne obèse.

Dans cette partie, les données générales recueillies par divers auteurs seront étayées par les observations que j'ai pu faire tout au long de mon stage.

Les psychomotriciennes du Centre n'ont pas de temps spécifique dédié à la passation d'un bilan psychomoteur auprès des patients. Lors du premier entretien d'admission, dont le créneau est assez restreint, elles doivent tout d'abord présenter notre profession (qui est inconnue pour la majorité des patients), puis dérouler un certain nombre de questions visant à les éclairer quand à la façon dont la personne vit avec son obésité. Il sera par exemple demandé au patient ce qu'il ressent quand il est immobile, puis quand il est en mouvement ; s'il prend du plaisir à bouger ; quelle image a-t-il de lui, est-ce qu'il est sensible au regard des autres ; qu'en est-il de la gestion du stress ; quelle est sa qualité de sommeil et s'il se sent limité par sa respiration au quotidien etc...

Quelques minutes sont ensuite dédiées au dépistage du risque de chute : les psychomotriciennes testent l'équilibre de la personne en statique (debout sur un pied yeux ouverts ; pieds joints yeux fermés ; résistance à la poussée) et en dynamique (sauter sur place), avec une attention particulière portée sur les changements de positions (se mettre à genoux, se relever de la position allongée etc).

Tout cela leur permet au final de dresser une sorte de « profil » du patient, ces informations étant précieuses pour mieux le connaître et aborder les ateliers en ayant en tête les spécificités de chacun. D'autre part, le risque de chute est coté puis transmis aux autres professionnels : leur vigilance sera accrue en cas de risque élevé, et la mise en place d'un suivi plus ciblé pourra être discutée.

Concernant les résultats mis en évidence par la passation de bilan auprès des personnes obèses en général :

- **Motricité globale & Coordinations**

En fonction du volume corporel et de la répartition de la masse grasse, le centre de gravité peut être modifié. De ce fait, chaque individu, suivant sa morphologie, va adopter une posture spécifique afin de se rééquilibrer. Pour illustration, les personnes avec une obésité abdominale auront plutôt tendance à projeter le thorax vers l'arrière, afin de pallier au sentiment d'être attiré vers l'avant de par la masse grasseuse ventrale. Associée à cette typologie posturale, j'ai pu remarqué chez la grande majorité des patients reçus que la courbure lombaire était généralement plus prononcée qu'à la normale.

D'autre part, plus la surcharge pondérale sera importante plus l'individu fournira d'efforts pour recruter toutes les forces et tensions musculaires nécessaires au mouvement.

Il n'est pas rare d'observer que les membres deviennent de plus en plus difficiles à mobiliser avec le poids, et qu'en conséquence la personne bouge de moins en moins. Elle perd alors progressivement de la souplesse et de l'amplitude dans ses mouvements, et chaque effort semble très coûteux en énergie.

De par toutes ces variables, j'ai eu l'occasion de constater que :

- si la marche reste possible, sa physiologie est en générale modifiée. Cela se remarque par exemple avec un excès de pronation au niveau des pieds (du à l'affaissement de la voûte plantaire par la surcharge pondérale) ou encore avec des genoux « qui se touchent », ou *genu valgum* (dû au volume des membres inférieurs), ce qui crée une gêne et réduit la stabilité.
- la capacité à courir est souvent limitée, de par l'intensité de l'action trop importante à surmonter et qui, de surcroît, s'associe régulièrement à une dyspnée à l'effort qui freine considérablement la progression.
- certains des patients que j'ai rencontrés confient ne plus arriver à sauter : à cause d'une masse corporelle trop importante à soulever d'une part, mais aussi et surtout du fait des douleurs qui apparaissent principalement dans les genoux lors des impacts.

Pour ce qui est des coordinations dynamiques générales, j'ai pu tout particulièrement les observer lors d'un atelier de psychomotricité où il est proposé aux patients d'effectuer différents mouvements issus du Qi Gong. Lors de « la marche des animaux » (nous présentons essentiellement l'ours, le singe, le tigre), nous pouvons nous apercevoir des difficultés liées à l'équilibre, mais aussi au fait d'effectuer des mouvements homo-latéraux ou contro-latéraux. Les dissociations sont compliquées, ils ont besoin de beaucoup de concentration pour réaliser ce qui est demandé.

Nous relierons ces observations principalement à la rapidité habituelle d'exécution d'un acte, qui s'associe à la non prise de conscience du geste. J'ai pu remarquer que la plupart de nos patients ne prennent pas le temps, que ce soit lors de manger, mais aussi au moment de se lever d'une chaise, de sortir de la position couchée, ou encore plus fondamentalement de respirer. Chacune de ces actions est faite sans prise de conscience et sans écoute des sensations ; d'où l'apparition régulière de douleurs à chaque transfert par exemple.

C'est pourquoi ce type d'ateliers est essentiel afin qu'ils se rendent compte de l'importance de faire un mouvement lent et en accord avec une respiration adaptée. Ces deux facteurs vont considérablement les aider à améliorer leurs gestes tout en respectant leurs capacités.

Ces observations ont été étayées par celles que j'ai pu faire lors d'une séance en balnéothérapie animée par un professeur d'activités physiques adaptées. Dans ce milieu, la proprioception est complètement différente puisque les forces de gravité appliquées sont modifiées. D'où l'importance de prendre le temps de faire chaque mouvement demandé afin d'être dans la conscience de l'action et la perception de ce que cela engendre en soi. Or, je remarque à nouveau qu'ils ne sont pas encore familiarisés avec cette lenteur d'exécution, et que l'écoute des sensations est très limitée (voire inexistante). L'attention portée à ce qu'il se passe à l'intérieur de soi dans l'instant présent n'est pas encore mise en place. En fait c'est comme s'ils se contentaient de répondre à la consigne, de façon très scolaire, dans un souci de performance ; ils « font pour faire ». Il semble n'y avoir aucun retour ni conscience de ce qu'il est en train de se jouer corporellement... Et de ce fait, les douleurs sont présentes !

En sortant du bassin, une patiente dit qu'elle ressent une douleur au dos, qui est apparue lors des différentes traversées du bassin à la nage. Nous pouvons relier cette naissance douloureuse au fait de ne pas prendre le temps d'analyser ce qui se joue, de ne pas être dans l'écoute de ses sensations ni dans le respect de ce qui est bon pour soi (et peut-être liée aussi à une respiration inadaptée en plus).

Pour ce qui est des diverses coordinations de façon plus spécifiques dans ce milieu aquatique, elles semblent particulièrement complexes, notamment lorsqu'il faut associer différents mouvements entre membres supérieurs (hors de l'eau) et inférieurs (immergés).

- **Schéma corporel & Image du corps**

Il est possible d'apprécier ces problématiques notamment grâce à des questionnaires et au support graphique :

- Silhouette d'homme ou de femme à compléter : il est demandé au patient d'indiquer sur le modèle, à l'aide de différentes couleurs, les zones qui lui sont douloureuses physiquement ; celles qui sont dépréciées ou non tolérées ; et les zones appréciées ou tolérées.

De façon générale, il est remarqué que le sujet rejette les parties qui sont perçues comme les plus lourdes, c'est-à-dire les cuisses, les fesses et le ventre.

- Dessin de trois personnes : cette proposition est délicate dans le sens où il faut veiller à ne pas infantiliser le patient. Il a pour consigne tout d'abord de dessiner une personne quelconque ; dans un second temps il doit se dessiner tel qu'il se voit ; enfin, dans un troisième temps, il lui est demandé de se dessiner tel qu'il aimerait être idéalement.

Cette épreuve permet de se rendre compte de l'image que le patient se fait d'un individu lambda (et s'il y projette déjà éventuellement son image), si la perception qu'il a de lui est relativement juste, ou si ses perceptions et représentations sont erronées (dans l'excès ou le déni). Enfin, à travers ces différents dessins, nous sommes amenés à comprendre comment le patient vit avec son obésité, et à nous apercevoir du décalage possible entre l'apparence réelle et la silhouette idéalisée.

Il a été montré que le schéma corporel sera touché préférentiellement lors des obésités constitutionnelles, ou lorsque les prises pondérales sont dues au phénomène yoyo. L'image du corps sera, quant à elle, presque systématiquement atteinte quel que soit le type d'obésité.

La corporéité du sujet sera vécue de façon aléatoire ; elle pourra varier entre un désengagement corporel massif (généralement associé à un repli sur soi) et une complète acceptation de soi, où l'individu « est bien dans sa peau » et non affecté par le regard des autres.

Dans le cas d'une obésité réactionnelle, il n'est pas rare d'observer un rejet et un désinvestissement de toute perception liée à cette nouvelle apparence. En effet, les mensurations deviennent hors normes et projettent l'individu sous le regard accusateur de la société, ce qui renforce le sentiment de honte, voire de haine, qu'il peut avoir envers son image. D'autre part, ses diverses sensations corporelles (relatives au volume, aux pressions, à la lourdeur etc...) s'étant modifiées de façon assez rapide, la personne peut être bouleversée dans ses ressentis et avoir l'impression de ne plus être elle, comme désincarnée d'un corps qui n'est plus le sien.

Ce phénomène est d'ailleurs retrouvé lors de l'accumulation des régimes restrictifs. L'organisme et la silhouette évoluent au gré des fluctuations du poids, le schéma corporel devient de ce fait instable et peut se déstructurer. L'individu n'a pas de repères fiables : les perceptions et les ressentis corporels changent sans cesse en fonction des oscillations pondérales.

Quant à l'image corporelle, elle sera aussi évolutive en fonction de la situation : suivant si la personne se trouve en phase de perte et qu'elle contrôle son poids, ou bien qu'elle est phase de reprise de poids et perte de maîtrise, l'estime qu'elle aura d'elle-même sera complètement modifiée.

G. APFELDORFER (3) évoque à son tour le terme de « distorsions » pour qualifier le fait que le sujet obèse, de façon générale, se perçoit plus petit et « plus trapu » qu'il ne l'est en réalité. Il ajoute, à l'issue d'une fine analyse, que bien souvent les contrastes de perception entre les zones corporelles servant d'appuis et celles non portantes sont accentués. Par exemple, les ressentis au niveau des pieds, ou bien du dos et des fessiers en station assise, sont plus intenses tandis que d'autres parties sont ignorées.

De plus, nous pouvons identifier que l'incapacité (souvent retrouvée chez nos patients) à effectuer seuls les changements de position ou les relevés du sol, à exécuter des gestes simples du quotidien (tels que lacer ses chaussures ou croiser les jambes), le fait que certaines parties du corps soient inaccessibles à la vue comme le bas-ventre ou les pieds en station debout, viennent modifier profondément l'image corporelle. Petit à petit, la personne obèse en vient à limiter ses mouvements, ses déplacements ; or plus elle reste immobile et plus l'image de son corps va se détériorer.

C'est d'ailleurs pourquoi, dans les questionnaires de sorties des patients, à l'item « avant mon arrivée au Centre, je me voyais / me sentais comme... » nous trouvons des réponses telles que « un robot », « un bloc », « un objet » ou encore « muselé » ; l'individu se percevait comme un tout rigide et indifférencié, passif et soumis aux lois extérieures.

Il a finalement été montré que le sujet obèse, très souvent, va finir par se désintéresser de lui-même au profit de l'image que renvoient les autres (plus minces). Il s'intéresse alors davantage au monde extérieur qu'à ce qu'il peut ressentir intimement. Régulièrement, cela est le point de départ d'une vie imaginaire riche, où le sujet s'idéalise une image de lui-même et se détache, de ce fait, encore plus de la réalité et de ses sensations concrètes.

- **Praxies**

Le questionnement se trouve être : est-ce que le patient présente une difficulté particulière dans le déroulement du geste afin de réaliser une action ? Il est important d'essayer de discriminer à quel niveau la difficulté est liée : à l'étape de l'idéation (représentation mentale) ? De planification ? Ou d'exécution ?

Pour évaluer les praxies, la passation de l'EMG (Évaluation de la Motricité Gnosopraxique) peut être tout à fait pertinente. Ce bilan permet d'observer l'investissement spatial du patient ainsi que la qualité du geste dans son aisance, son déroulement et sa fluidité. Les conditions de passation se faisant en situation de face à face, cela nous offre la possibilité de considérer, parallèlement à l'évaluation initiale, l'aisance du patient dans la relation à l'autre (par la détection par exemple de réactions tonico-émotionnelles, qui mettent en évidence une difficulté ou un malaise dans le rapport duel).

Chez les personnes en situation d'obésité, les troubles praxiques résultent en réalité majoritairement d'un manque d'expériences sensorimotrices, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif (du fait de la diminution des activités physiques, de la sédentarité qui peut s'installer etc...). En fonction du type d'obésité, la masse grasse vient plus ou moins atténuer les informations sensorielles (tant internes qu'externes) ce qui mène, à terme, à des difficultés d'ajustement du geste.

- **Structuration spatio-temporelle**

Pour l'évaluation de ces problématiques, les épreuves rythmiques (telles que le tempo spontané, la frappe de structures rythmiques, la marche en rythme...) sont tout à fait intéressantes à faire passer : en effet, elles mettent en jeu les capacités de perception, de structuration spatio-temporelle, de coordination et d'adaptation à un rythme extérieur.

Concernant l'espace plus spécifiquement, S. GAUMET (15) propose la passation d'une épreuve inspirée de « l'étoile » du bilan de M. VYL qui, associée à d'autres exercices (comme des figures réelles à reproduire sur une feuille de papier), permettent de mettre en évidence le passage de l'espace vécu à l'espace représenté et inversement.

Pour ma part, j'ai pu apprécier cette gestion de l'espace notamment lorsque j'ai assisté à un atelier d'activité physique adaptée en balnéothérapie : j'ai par exemple observé cette tendance qu'ont tous les groupes petit à petit à se mouvoir de façon circulaire. Cela n'est pas spécifique aux personnes en situation d'obésité j'en suis consciente mais, tout de même, cela montre à quel point l'initiative personnelle peut être réprimée et combien il est plus facile de se ranger derrière les autres et de tourner dans le même sens que la majorité, sans venir se démarquer ou s'affirmer. Il est intéressant de se dire qu'il s'agit d'une façon de se protéger, d'être en sécurité et de ne pas prendre de décisions... C'est l'histoire de se fondre littéralement dans la masse.

Les questions autour de la structuration du temps et de l'espace sont également particulièrement mises en jeu dans l'atelier psychomotricité « Je bouge mon corps en douceur et en musique ». J'ai eu l'occasion d'y faire des observations très riches à propos des problématiques concernant la gestion de son espace, comment se déplacer tout en faisant attention à l'espace des autres, ajuster ses mouvements en rythme etc... (voir III. 7. 2. 3. « *Je bouge mon corps en douceur et en musique* »).

De manière générale, il ressort que les personnes en situation d'obésité ne présentent pas de troubles majeurs en ce qui concerne la perception, la structuration et l'organisation temporelle ; les difficultés semblent davantage concerner ce qui est de l'ordre de la temporalité et des rythmes propres à chacun. Pour ce qui est de la composante spatiale, la problématique s'axe tout particulièrement autour des difficultés à percevoir des limites personnelles, en lien avec la relation à l'autre et l'espace occupé dans l'environnement.

2. 3. L'inscription dans le temps et l'espace de la personne en situation d'obésité

*Le corps secrète son espace.
Bernard WAYSFELD*

Si je choisis de m'attarder plus longuement sur l'inscription spatio-temporelle, c'est parce qu'il m'apparaît que ces sphères sont tout particulièrement mises à mal chez la personne obèse ; détailler ces problématiques me semble important, afin de comprendre ce qui se joue chez nos patients et comment notre prise en soin s'y est adaptée.

Dans un premier temps, il semble essentiel de rappeler qu'une action n'est pas uniquement motrice ; elle est tout à la fois sensitive et sensorielle, et se déroule dans une temporalité et une spatialisation. A tout moment de notre vie, que ce soit pour penser ou agir, comprendre et communiquer, nous nous référons à des données spatiales et temporelles (intriquées avec l'élaboration de notre schéma corporel).

Nous pouvons ensuite évoquer les termes de **kinésiophobie**, lorsque la relation à l'espace est impactée et que la personne en vient à craindre de se déplacer ; et de **dyschronie**, quand cette fois c'est le rapport au temps ainsi qu'aux rythmes qui se trouve perturbé.

Pour ce qui est de la *composante spatiale* tout d'abord : bien que beaucoup restent conscients de leur obésité, il existe chez certains individus des difficultés à percevoir leurs limites corporelles. Il s'agit alors d'accompagner ces personnes dans la perception de leur volume, afin de trouver la juste place qu'elles occupent dans l'espace concret ainsi que leur inscription dans un espace relationnel adapté.

A propos de ce dernier aspect, plus précisément, S. GAUMET (15) distingue deux types d'individus que nous pouvons rencontrer : ceux qui s'efforcent d'être toujours à distance dans la relation à l'autre, comme s'ils appréhendaient la proximité (avec le sentiment d'être envahissant ou bien de prendre trop de place), et ceux ne semblant pas estimer la place qu'ils occupent et qui, à l'inverse, peuvent se montrer intrusifs et envahissants dans leurs rapports aux autres.

Pour en revenir aux limites corporelles, nous ne devons pas perdre de vue le fait que la bouche constitue, selon M. LE FOURN (23), « le dernier poste de frontière » entre ce qui est de l'ordre d'un espace externe et d'un espace interne. C'est par cet orifice que l'individu incorpore et choisit de se remplir ; c'est *via* ce passage que le vide interne peut se combler.

Nous pouvons faire le lien avec le Moi-peau de D. ANZIEU (1) que nous avons détaillé plus haut, et voir que parmi toutes les fonctions décrites, il semble que ce soit particulièrement celles de contenance et de maintenance qui s'avèrent défailtantes chez l'individu obèse.

Enfin, il me paraît important d'évoquer qu'à l'issue d'une chirurgie, c'est littéralement tout l'espace autour qui s'agrandit de par la perte de volume corporel.

P. PEUTEUIL (29) utilise la formule « A corps perdu, espace accru » pour accentuer le fait qu'en réduisant son espace personnel, c'est l'espace environnant l'individu qui augmente, ce qui peut s'avérer tout à fait perturbant (d'autant plus que la perte pondérale sera rapide). D'où l'importance d'accompagner les patients après leur amaigrissement, afin qu'ils (re)trouvent des repères spatiaux conformes à leur nouveau référentiel individuel.

Concernant à présent la *composante temporelle* : du fait de l'inhibition de leurs sensations, beaucoup de personnes en situation d'obésité s'en remettent à une temporalité externe, c'est-à-dire qu'elles se laissent guider par ce qui est le plus communément admis, par les conduites valorisées par la société, au lieu d'être en accord avec leurs propres rythmes biologiques.

Cela vient faire écho à la théorie de G. APFELDORFER (3) vue précédemment. Pour une grande partie de nos patients, les activités professionnelles (ou tout autre occupation quotidienne) servent de cadre de référence ; c'est l'extérieur qui organise leur façon de vivre. Quand il rentre chez lui le soir (ou bien lors des week-end et vacances), le sujet se retrouve alors sans repères, confronté à l'angoisse du temps libre et par conséquent au vide qui le submerge.

Suite à mes observations, il apparaît que la personne en situation d'obésité s'inscrit dans un système rythmique assez paradoxal :

- d'une part, une temporalité comme **ralentie** lors des différentes actions de la vie quotidienne. Du fait de la surcharge pondérale, le recrutement tonique et énergétique doit être relativement important et mène donc l'individu à prendre davantage de temps qu'un autre plus mince pour se mouvoir.

- d'autre part, une temporalité semblant **accélérée**, avec une extrême rapidité dans certaines actions et ce notamment lorsqu'il s'agit de prendre un repas. Cela peut être relié au fait qu'ils ne prennent pas le temps d'écouter leurs sensations, d'apprécier les différentes saveurs, odeurs,... Chaque bouchée est avalée sans conscience, d'où l'envie de se resservir puisque la première assiette a été terminée sans même que la personne se rende compte de ce qu'elle incorporait. Cette rapidité d'exécution peut se retrouver également lors des changements de position (comme déjà évoqué plus haut), avec des patients qui, par exemple, se lèvent de leurs chaises brusquement. Cela est source d'entretien et de maintien des douleurs, puisque le patient se précipite et ne prend pas le temps d'agir en fonction de ce qui est bon pour lui.

Toujours concernant le rapport au temps, P. PEUTEUIL (29) expose le fait qu'il est possible d'aborder l'enveloppe adipeuse comme un « mille-feuille ». Selon lui, la personne en situation d'obésité héberge et transporte le temps, son histoire vient façonner son apparence : à chaque nouvelle couche de tissu adipeux est associée une période de sa vie. Il conçoit alors ce « feuillete » telle une archive biologique, dans laquelle sont classées toutes les émotions éprouvées ou déniées au fil des années, toutes les frustrations, les douleurs, les espoirs et les désillusions...

De ce fait, l'obésité n'est plus seulement vue comme une accumulation de masse graisseuse ; elle devient lieu de mémoire. Il s'agirait alors d'une véritable « in-carnation des souvenirs », d'une mémoire qui s'incorpore littéralement.

Finalement, cela nous amène à penser que chaque régime, chaque tentative de perte de poids, serait en fait un moyen de remonter le temps.

Finalement, nous pouvons mettre en évidence qu'il existe une **distorsion du référentiel spatio-temporel** chez l'individu en situation d'obésité. Nous pourrions assimiler ce phénomène à une certaine viscosité, qui vient freiner l'existence actuelle et flouter l'avenir.

Mais nous avons entrevu également que l'excès de masse adipeuse peut se révéler être un lieu de passage, dans lequel l'individu retrouve certaines traces de son passé. La surcharge pondérale peut alors servir de zone de « repli stratégique » d'après P. PEUTEUIL (29), comme un espace intime de défense.

Chaque mouvement, chaque geste aussi infime soit-il, s'inscrit dans une rythmicité et occupe un espace. Pour C. POTEL (31), la façon de nous mouvoir témoigne de nos états émotionnels et de notre implication dans nos relations, aussi bien envers les autres que l'environnement. Elle ajoute que cette « mouvance spontanée (...) donne l'image de notre musique interne et personnelle ». C'est pourquoi notre regard de psychomotricien doit être affûté pour décrypter ce que donnent à voir nos patients, d'autant plus que la plupart d'entre eux ne savent pas (ou ne peuvent pas) exprimer ce qu'ils ressentent.

2. 4. Quand l'alexithymie prend le pas...

Les sujets en proie à des troubles du comportement alimentaire expriment peu d'émotions parce que, justement, ils les mangent.

Bernard WAYSFELD

2. 4. 1. Définitions

Nous pouvons décomposer le terme « alexithymie » de la façon suivante : le « a » est privatif, *lexos* signifie « le mot » et *thymie* est lié à « l'émotion ».

Étymologiquement, nous qualifierons donc d'alexithymique tout individu qui éprouve de grandes difficultés à exprimer ses émotions par des mots.

Les émotions n'étant pas nommées (ni parfois même identifiées), il est alors impossible pour ces personnes de les communiquer à autrui. De par leurs difficultés à créer des liens de proximité avec l'extérieur, il est remarqué que ces individus auront des problèmes affectifs accrus (séparation, divorce).

Cette tendance à l'inexpressivité mène S. HAHUSSEAU (40) à parler de « restriction émotionnelle ».

2. 4. 2. Sortir de la dictature du langage conventionnel...

... pour trouver ses propres mots

L'individu qui ne peut exprimer ses émotions et ne peut reconnaître ce qu'il éprouve, aura tendance à agir en fonction des règles extérieures à lui.

Voilà pourquoi l'un de nos objectifs sera d'amener le patient à vivre le langage autrement que dictateur : en effet, la personne en situation d'obésité bien souvent va se définir et agir en fonction de phrases toutes faites, de termes conventionnels ou de pensées admises par la société (« je suis gros donc je ne peux pas rencontrer quelqu'un » ; « il faut que je perde du poids et pour cela, je dois faire un régime » ...).

La personne ne sait plus qui elle est, les mots tels que « il faut manger trois repas par jour » ou bien « il est midi, l'heure de manger », l'empêche de savoir réellement ce qu'elle veut, ce qu'elle ressent.

Il est alors pour nous un enjeu fondamental que de ramener le patient vers l'écoute de lui ; nous devons l'aider à se recentrer afin de percevoir ses propres sensations, pour agir en fonction de ses besoins et non suivant ce qu'il est verbalement admis.

Il est important qu'il se détache de ce « qu'il faut faire » ou « ne pas faire », qu'il prenne conscience de situations absurdes telles manger « parce que c'est l'heure » alors qu'aucune sensation de faim n'est éprouvée...

2. 4. 3. Accompagner le patient vers l'écoute de ses ressentis

Tout cela nous mène au fondement de la psychomotricité, dont nous avons déjà parlé, attaché au travail « en conscience » : se centrer sur soi, être à l'écoute des sensations et des émotions, ici et maintenant. Il s'agit pour le patient d'être plus attentif à lui et de laisser de côté ce qu'il pouvait avoir l'habitude de faire sans pour autant en être conscient.

Cette écoute est loin d'être facile : le sujet obèse est, le plus fréquemment, habitué à prohiber toutes ses sensations puisqu'elles sont liées à une corporéité qu'il a désinvestie.

Il est alors de notre ressort d'accompagner le patient pour faire évoluer le regard qu'il porte sur lui-même ; nous devons l'amener à se respecter et s'écouter pour qu'il réussisse finalement à prendre soin de lui.

L'un de nos objectifs au sein du Centre sera de valoriser l'expression du patient, qu'elle soit aussi bien verbale que non-verbale. L'idée sera de favoriser cette expressivité en lui renvoyant toujours du positif, d'accorder une grande importance à ce qui change, ce qui va bien, plutôt qu'à ce qui n'est pas possible.

III. Expérience Clinique

*En plein cœur de toute difficulté se cache une possibilité.
Albert EINSTEIN*

1. Le Centre de l'Obésité

1. 1. Présentation de l'établissement

Le Centre dans lequel j'ai effectué mon stage est une structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Des patients âgés de 16 à 75 ans y sont accueillis en hospitalisation complète, tous réunissant les conditions suivantes : avoir un IMC supérieur à 35, ou bien un IMC compris entre 30 et 35 avec des comorbidités associées (telles que diabète, insuffisance respiratoire et/ou cardiaque...).

Le programme de prise en soin est basé sur l'Éducation Thérapeutique du Patient (notion développée au point suivant). Il a pour objectif principal l'optimisation de l'autonomie dans la vie quotidienne du patient, en cherchant notamment à améliorer ses compétences vis-à-vis de la prise en charge de sa maladie. Bien que la réduction pondérale (et stabilisation à long terme) soit l'une des attentes majeures du séjour, la prise en charge des comorbidités n'en est pas moins négligée.

Ainsi, l'accueil du patient se fait selon un modèle bio-psycho-social. Au-delà du médical, ce sont les sphères touchant aux relations (aussi bien envers soi-même qu'avec autrui) qui seront également sollicitées.

1. 2. Déroulement & Organisation du séjour

Toutes les semaines, deux groupes composés de 7 à 9 personnes font leur arrivée dans l'établissement (l'un entre le lundi, l'autre le mardi). Les patients sont là pour 3 semaines, mais leur séjour peut être prolongé dans certains cas particuliers.

Il faut être vigilant quant aux termes employés, il s'agit bien de patients qui sont hospitalisés pour plusieurs semaines, et non pas de résidents pour lesquels une « cure » aurait été prescrite.

A leur arrivée, un emploi du temps détaillé leur est transmis : il se compose entre autres de nombreuses conférences, d'ateliers théorico-pratiques, de tests à l'effort et de plages horaires destinées à la pratique d'une activité physique adaptée.

Lors de leur toute première journée, dite d'admission, les patients effectuent un véritable marathon. Ils doivent rencontrer un professionnel représentant chaque corps de métier intervenant au Centre : ils enchaînent donc aléatoirement les rendez-vous avec le médecin, une infirmière, une diététicienne, une psychologue, un professeur d'Activité Physique Adaptée et une psychomotricienne. A la fin de la journée, ils assistent à une conférence leur présentant le fonctionnement du Centre, puis une visite guidée de la structure leur est proposée.

Les patients continuent d'avoir un suivi après le Centre : une hospitalisation de jour (voire d'une semaine, quand ils résident trop loin pour venir sur une seule journée) est prévue au bout de 4 mois, puis après 8 mois. Une correspondance peut aussi s'établir, les lettres reçues sont lues en équipe, et redistribuées en fonction des problématiques soulevées auprès du professionnel le plus apte à rédiger une réponse adaptée.

2. L'Éducation Thérapeutique du Patient

2. 1. Principes généraux

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est toute récente ; elle a été définie pour la première fois le 21 janvier 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire : « l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

En ce qui concerne l'OMS, elle « vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Ainsi, toute personne avec une maladie chronique (enfant, adolescent, adulte ou personne âgée), quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie peut relever d'une ETP. Des pathologies ont été définies comme prioritaires pour bénéficier d'une ETP : les diabètes de types 1 et 2, l'asthme, la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque et / ou Haute Tension Artérielle (HTA), l'obésité, l'insuffisance rénale chronique, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

Dans tous les cas, le protocole sera totalement ajusté au patient et à sa pathologie. Il pourra lui être proposé une prise en charge aussi bien individuelle que collective.

En proposant une éducation thérapeutique, il est donc question d'aider l'individu à faire une place acceptable à sa maladie. Cela lui permettra à la fois d'exercer un contrôle sur cette pathologie et de pouvoir poursuivre son développement personnel.

Il existe plusieurs types d'ETP : initiale ; de suivi régulier (il est important de réévaluer l'ETP en fonction de l'évolution de la maladie, de la personne, des nouvelles compétences apprises) ; et de suivi approfondi ou de reprise (permet au patient d'être entièrement acteur de sa prise en charge, il fixe ses objectifs sans notre aide).

D'autre part, nous allons pouvoir retrouver plusieurs étapes inhérentes à l'élaboration d'un protocole d'éducation thérapeutique :

- Établir un diagnostic éducatif, au cours duquel a lieu un entretien motivationnel (bien qu'un individu soit atteint d'une maladie chronique, cela ne constitue pas un critère suffisant pour intégrer une ETP ; il est important qu'il montre une motivation à vouloir adopter un nouveau regard sur sa maladie).
- Définir un programme personnalisé (méthodologie) : nous abordons avec lui les objectifs et les compétences qu'il va pouvoir acquérir.
- La planification : au sein du SSR dans lequel j'ai effectué mon stage, un emploi du temps précis des trois semaines est distribué à chaque patient. Il y retrouve les différents ateliers auxquels il sera convié au cours de la journée, quels professionnels les animent etc...
- Réaliser une évaluation individuelle : elle permet d'effectuer un bilan du séjour ou bien de l'évolution du patient au bout d'un certain nombre de séances. Le patient est invité à exprimer son ressenti sur ce qu'il a vécu jusqu'alors, s'il perçoit des changements, les compétences qu'il pense avoir acquises... Suivant les établissements, cela peut mener à certains réajustements dans l'ETP mise en place ou bien à une prolongation du séjour décidée avec l'accord du patient.

Pour CARRARD, REINER & Al. (6), l'ETP est une approche « centrée sur l'individu en tenant compte de ses besoins, ses objectifs et ses ressources ». Ils recensent trois nouveaux paradigmes ainsi proposés en médecine :

- Redonner du pouvoir au patient : les soignants doivent écouter et tenir compte des besoins, des ressources et des capacités du patient ; il faut partager la décision thérapeutique avec lui. Les professionnels peuvent l'aider à trouver une nouvelle identité de patient : en effet, en acceptant par exemple son obésité comme une maladie, il prendra plus sérieusement son mode de vie et sera enclin à entreprendre certains changements de comportements. En connaissant, comprenant mieux sa maladie et son traitement, il aura un sentiment d'auto-efficacité.
- Donner un sens à la santé plutôt que d'évoquer la maladie : il faut chercher à mettre en avant les ressources du patient et non pas toujours ses problématiques ; nous nous focalisons sur les points positifs au lieu de regarder l'aspect négatif des résultats ou de la maladie.
- Partager le pouvoir entre tous les soignants : l'interdisciplinarité est le point clé de l'ETP.

Cinq dimensions de la personne obèse entrent alors en ligne de compte pour entreprendre un programme multidisciplinaire de perte de poids : **cognitive** (savoir et comprendre permet de mieux appréhender les changements comportementaux), **émotionnelle** (prise en compte de la souffrance des patients, dont l'estime de soi est souvent abîmée), **perceptive** (dimension amenant à se focaliser sur les sensations), **métacognitive** (« zoom arrière », le soignant aide le patient à réfléchir sur ses motivations et dérapages passés pour pouvoir adapter les objectifs et stratégies futures) et **infracognitive** (mieux appréhender les mécanismes de pensée du patient).

Finalement, au niveau de la démarche qui sera mise en place au sein du centre, nous retrouverons trois points clés : la personnalisation du traitement, l'acquisition par le patient de compétences pratiques, notamment celles dites « d'auto-soin » (obtenir des savoirs et savoir-faire), et l'accompagnement visant à aider le patient à mettre en œuvre (au long cours) toutes ses compétences acquises dans sa vie quotidienne.

Tout cela vient alors former une triple compétence globale, qui sera tout autant thérapeutique, pédagogique que psychologique. Dans cette façon d'aborder la maladie, le patient n'est plus passif : il est devenu acteur de ses choix de santé.

2. 2. L'union fait la force : l'équipe pluridisciplinaire au cœur de la prise en soin

La pluridisciplinarité, c'est diriger les symptômes en fonction des spécificités de chaque professionnel. Ainsi, le programme doit s'assurer :

- de la variété des intervenants : médicaux, paramédicaux, sociaux, les associations de patients (il en existe beaucoup en fonction des maladies - mucoviscidose, diabète..- et sont très présentes dans les structures)
- de la définition du rôle de chaque intervenant et de leur complémentarité
- du lien entre les différents acteurs (notamment avec le médecin traitant)

Chaque acteur dans son domaine doit absolument tenir compte de ce qui est enseigné, compris par un autre collègue. Le bilan éducatif est partagé, les objectifs thérapeutiques sont discutés à plusieurs après avoir entendu et compris le patient.

Au Centre de l'Obésité, chaque corps de métier travaille en harmonie avec les autres présents dans la structure : les compétences se complètent, chacun est au clair avec ses spécificités et toute profession saura faire des liens entre ses savoirs et ceux de ses collègues lors des ateliers.

Les patients découvrent alors que tout est imbriqué : quand ils pratiquent la marche nordique avec les professeurs APA, ils repensent aux exercices de respiration que nous avons pu faire en psychomotricité ; quand dans l'atelier « Je bouge mon corps en douceur et en musique » certains exécutent un mouvement trop rapidement, sans prendre le temps d'être dans la conscience des sensations, alors nous pouvons aussi faire le parallèle avec le domaine de l'alimentation et le fait de se « jeter » sur la nourriture, ne pas prendre le temps d'être dans la perception des saveurs, des textures... Comme s'il s'agissait uniquement d'un remplissage automatique et non conscient.

3. L'alliance thérapeutique

*Comme on transforme sa main en la mettant dans une autre.
Paul ELUARD*

L'alliance entre le professionnel et le patient se met en place dès leur première rencontre, en l'occurrence lors de l'entretien d'admission.

Elle est d'autant plus essentielle pour nous, psychomotriciens, puisque les patients arrivent généralement au Centre sans avoir la moindre idée de ce qu'est la psychomotricité. Ce premier contact est donc l'occasion d'éclaircir et de répondre à leurs questionnements, afin de « démystifier » cette profession qui rime avec inconnu pour beaucoup d'entre eux !

En préambule de l'entretien, nous leur expliquons ce qu'est la psychomotricité à l'aide d'une courte définition (présentée sur un support écrit). Cela constitue une manière de se présenter, d'introduire notre pratique, et chacun commence à entrevoir ce que nous pourrions lui apporter. De cette façon, nous posons un cadre : le patient comprend que l'objectif de notre travail ensemble sera le bien-être (ou tout du moins un mieux-être) psycho-corporel, par le biais d'un retour à l'écoute des sensations et, pour beaucoup, une réévaluation du regard porté sur soi et ses compétences.

Souvent, en comprenant ce dont il s'agit, les patients amorcent des liens avec leur vécu ; au fur et à mesure de l'entretien, la confiance s'instaure et les sources de mal-être peuvent être verbalisées, avec plus ou moins de détails. Nous ne sommes pas là pour pousser le patient à tout nous dire dès le départ, il ne s'agit pas de connaître de façon détaillée l'ensemble de ses problématiques actuelles. Il est important qu'il sache que pour le moment, nous apprenons juste à le connaître pour pouvoir entamer les ateliers de la meilleure façon possible, et ce n'est qu'au fil du séjour que nous pourrions approfondir chacun des domaines sur lesquels il souhaite cheminer.

P. DALARUN (40) explique que « Les troubles alimentaires sont l'expression d'une souffrance qui engage fortement le rapport à soi, allant du désamour au rejet le plus total ». Nous comprenons bien, et encore plus d'après notre approche psychomotrice, que ce « rapport à soi » ne pourra pas se rétablir en se focalisant uniquement sur les chiffres d'une balance, mais bien en s'investissant dans la relation à l'autre. C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir au patient la possibilité de dialoguer, tant verbalement que sur un plan tonico-émotionnel.

En effet, pour qu'il puisse renouer avec le bien-être et l'acceptation de lui-même, il est fondamental que le patient trouve un soutien, quelqu'un qui accepte de l'écouter, de le regarder voire même de le toucher... En psychomotricité, toute notre spécificité est de savoir interpréter ce que le patient donne à voir, c'est-à-dire que nous sommes en mesure de décrypter ses états toniques, notamment en lien avec des fluctuations émotionnelles. D'où l'importance de notre alliance avec le patient, pour qu'il accepte d'être engagé corporellement dans le travail que nous allons effectuer ensemble.

C'est pourquoi il est aussi important, au niveau de l'alliance thérapeutique, d'être le partenaire du changement, de ce qui tend vers le mieux-être. Nous valorisons nos patients, les soutenons et les accompagnons : cela s'appelle le renforcement positif. Nous nous attachons tout particulièrement à leur faire un retour sur ce dont ils sont capables ; métaphoriquement, nous leur disons toujours qu'il s'agit de voir « le verre à moitié plein » et non pas « à moitié vide » ! Le fait de les aider à prendre conscience de leurs compétences va venir étayer la confiance et l'estime qu'ils ont d'eux-même, généralement au plus mal lors de leur admission au Centre.

Le renforcement permet également d'accroître les capacités d'intégration des techniques et outils distillés lors des différentes séances. En effet, il a été montré (notamment dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales) que le fait d'attacher des affects à un contenu va permettre de mémoriser plus facilement ce dernier. C'est ce que nous pouvons par exemple faire lors des propositions de relaxation : en incitant le patient à rester conscient de sa respiration (« Oui c'est très bien comme cela l'inspiration, lente, profonde ; n'hésitez pas à faire du bruit en expirant, voilà, continuez comme ça »), en le rassurant sur la qualité de son geste (« Un mouvement léger suffit, vous n'avez pas besoin de monter le bras si haut ; voilà, comme cela c'est très bien ») et en l'accompagnant dans ses ressentis (« Voyez comme vous êtes capable de vous relâcher par des mouvements très simples » ; « Percevoir du bien-être, est-ce que ce n'est pas agréable ? » « Est-ce que ça ne vaut pas le coup de se souvenir de cet état là pour pouvoir le retrouver plus régulièrement ? »).

Nous nous plaçons sur un mode relationnel interactif et collaboratif. Il n'est pas question de nous rendre indispensables, le patient doit devenir indépendant et acquérir une certaine autonomie afin que son cheminement amorcé au Centre perdure sur le long terme. Très souvent, les patients nous disent que notre voix les aide tout particulièrement à se détendre, et qu'ils aimeraient nous emporter avec eux pour continuer une fois de retour à domicile ! Dans ce cas, nous leur faisons comprendre que le plus important, c'est d'avoir perçu que le guidage verbal était « l'outil » qui leur convenait le mieux pour accéder au relâchement ; une fois cela intégré, il leur sera possible de trouver toutes sortes de supports sur lesquels ils trouveront des relaxations guidées (internet, CD, etc...), avec des voix qui leur seront plus ou moins agréables, mais qu'ils seront en mesure d'expérimenter pour trouver celle qui leur convient le mieux.

Il est vrai qu'au sein du Centre, même si l'alliance thérapeutique est indispensable et inhérente à notre pratique, nous pouvons soulever des problématiques autour de la disponibilité et de l'engagement aussi bien corporel que mental des professionnels. De par l'organisation de la structure, il n'est pas évident de s'engager dans une relation sachant dès le début que le patient s'en ira dans seulement trois semaines. Cela diffère de certaines institutions, où le patient est pris en charge sur plusieurs années et où il est alors possible d'avoir un regard sur son évolution au long cours...

La situation peut en devenir presque frustrante, puisque nous nous impliquons tout en étant conscients que cette collaboration sera limitée dans le temps ; nous laissons partir le patient, et n'aurons de ses nouvelles qu'une fois tous les quatre mois dans un premier temps, puis de plus en plus rarement.

4. Particularités de la prise en charge groupale

*Faire du Un avec les autres.
Anne-Marie LATOUR*

Les groupes entrant sont très hétérogènes du fait du caractère aléatoire et imprévisible des prescriptions : il faut donc chaque semaine s'adapter à un tout nouveau groupe, dont l'étendue des âges des patients peut être plus ou moins importante, qui peut se composer de personnes uniquement du même sexe ou être plus ou moins mixte¹⁸, dont les handicaps et comorbidités sont plus ou moins importants...

Il s'agit d'être créatif, de proposer un nombre important d'outils et de s'adapter au patient tout en suivant un protocole pré-défini, une trame écrite. L'ETP permet d'avoir un support sur lequel s'appuyer aussi bien pour le patient que pour le professionnel. Elle instaure une réassurance des deux côtés et permet l'épanouissement des capacités de chacun.

Le groupe permet aussi bien un étayage sur ses pairs, qu'une mise à distance par rapport à ce que chacun vit et pense.

La collectivité favorise le soutien mutuel, tous se comprennent et partagent avec empathie les souffrances des autres. Ils se fixent des objectifs communs et s'entre-aident pour les réaliser, certains « motivent les troupes » lorsqu'ils sentent que d'autres flanchent.

Mais au-delà du groupe, le cheminement personnel reste majeur. Tous apprennent à s'approprier les outils qui leurs conviennent le mieux, ils prennent conscience de leurs capacités et du chemin qu'il leur reste à parcourir de façon individuelle. Ce qui est efficace pour l'un ne l'est peut-être pas pour un autre, je pense notamment aux techniques de relaxation : certains patients accèdent à la détente grâce à une guidance vocale très détaillée, d'autres préfèrent être plus autonomes ; certains apprécient la musique, d'autres privilégient le silence etc...

L'un des inconvénients du groupe est que la motivation des membres évolue dans le temps, ce qui peut en influencer la dynamique... Un patient très douloureux, limité dans la possibilité de participation aux ateliers, qui souffre de ne pas progresser, peut envahir le reste du groupe de pensées négatives. Mais à l'inverse, des personnalités positives peuvent porter le groupe et l'amener dans une dynamique constructive, efficace et profitable à tous.

18. Pour illustration, sur 6 groupes sélectionnés de façon aléatoire (ce qui représente 48 patients), la moyenne d'âge est de 55,6 ans, avec une étendue allant de 23 ans à 78 ans. Sur ces 48 patients, 30 sont des femmes.

Cela s'observe notamment dans les groupes où l'écart des âges est important : à la fin du séjour, les patients plus jeunes soulignent combien côtoyer des personnes plus âgées leur a été bénéfique sur le plan de l'expérience, ils ont beaucoup appris à leurs côtés et se sont enrichis des conseils qui leur ont été prodigués ; et en parallèle les patients plus âgés remercient les plus jeunes de les avoir dynamisés.

Tout comme nous l'avons décrit de façon individuelle, il est possible de parler de « Moi-peau groupal » pour qualifier l'idée de la création progressive d'une enveloppe groupale commune. Celle-ci permettrait de développer un récit partagé, c'est-à-dire de soutenir l'expérience collective. Le groupe induit alors la notion d'appartenance, se faisant vecteur d'un retour à la socialisation pour les patients d'habitude isolés. Nous nous apercevons rapidement que, comme l'écrit N. GOUGOULIS (18), « la rencontre entre des personnes se vivant comme "seules" permet de décliner le mot "solitude" au pluriel et, par conséquent, de le relativiser ».

Dans nos ateliers en psychomotricité plus spécifiquement, l'idée est que chacun puisse faire sa propre expérience tout en s'identifiant aux autres ; c'est pouvoir s'attribuer son propre espace dans un espace partagé par le groupe. Ce phénomène est appelé par A.-M. LATOUR (21) « la dialectique du semblable et du familier ».

D'un côté, le patient se reflète dans les autres membres, ce qui permet la construction d'un certain « moi semblable aux autres ». Et de l'autre côté, le fait que le cadre spécifie que chacun possède son espace, avance à son rythme, expérimente de façon personnelle, autorise le patient à se saisir de ses propres éprouvés ; c'est l'élaboration du « moi singulier parmi les autres ».

Ce dernier aspect accentue l'importance de l'attention que nous devons porter à l'expressivité, et à la manière propre au patient de réaliser ce que nous lui proposons, afin de conforter son sentiment d'avoir une place dans le groupe. Nous ne sommes pas dans un souci de performance mais plutôt d'appropriation : il s'agit pour lui de sentir puis d'agir, mais surtout, comme nous l'avons développé précédemment, de s'apercevoir de ce qu'il sent et de la façon dont il agira en conséquence.

Nous sollicitons l'expression individuelle des ressentis, qui n'est pas toujours évidente et fonctionne comme un autre organisateur du groupe. Cette expression est accueillie comme la marque singulière de chacun et, dans le même temps, la circulation de la parole permet de ne pas se focaliser sur une seule personne, « mais relève un thème qui se décline au pluriel » (18).

5. Recours à la prise en soin individuelle

*Au milieu de l'hiver, j'apprenais enfin qu'il y avait en moi un été invincible.
Albert CAMUS*

De par le fonctionnement du Centre, c'est au patient de faire la démarche autonome de se présenter auprès du professionnel avec lequel il souhaite s'entretenir. Les demandes de séances individuelles portent souvent sur l'approfondissement d'une notion vue lors d'un atelier, ou signifient le besoin d'un temps d'échange dans un contexte plus privé que ce que le groupe permet.

Ce qui se joue au cours d'une relation duelle prend une autre ampleur par rapport aux séances de groupe. J'ai pu notamment m'en rendre compte lorsqu'une patiente est venue me voir personnellement pour me demander un temps en individuel avec elle.

Le matin même, j'avais animé seule la séance de relaxation allongée ; cette dame, dont la pesée de fin de séjour qui avait eu lieu précédemment avait déçu ses attentes, n'était psychiquement pas disponible pour se détendre et n'a pas pu profiter de la séance. Elle s'est alors rapprochée de moi afin de me faire part de son sentiment : elle me confie avoir besoin de se relâcher, mais que dans le contexte actuel (entourée des autres membres du groupe), cela lui est impossible. Elle se dit trop sensible aux bruits extérieurs ainsi qu'aux possibles ronflements des personnes dans la salle, et m'avoue n'arriver à se centrer sur elle-même que lorsque je suis véritablement près d'elle, comme si j'agissais tel un rempart, l'isolant de toute perturbation sonore.

Je lui propose donc un créneau le soir même, afin que nous prenions tout le temps nécessaire pour arriver à atténuer l'état de tension extrême dans lequel elle se trouvait.

Le fait de se retrouver seule en face à face avec le patient, que ce soit en salle de psychomotricité ou dans sa chambre, crée un espace-temps privilégié pour faire un point ou évoquer des problématiques plus ou moins ciblées.

Il est d'ailleurs essentiel, avant d'entamer quelque travail que ce soit, de prendre le temps d'échanger avec le patient afin d'entendre réellement sa demande : cela permet de clarifier les besoins et de ne pas partir sur des propositions qui ne seraient finalement pas pertinentes au regard des propos tenus.

Pour la patiente évoquée précédemment, sa demande initiale était de refaire la séance de relaxation allongée. Et pourtant, après avoir longuement échangé, je lui ai d'abord proposé un travail assis, dont le but était de réduire ses tensions cervicales puisque c'est ce dont elle souffrait le plus en réalité. Très vite les contractions ont diminué d'intensité, et cette dame a pu témoigner du fait que ce moment présent était complètement différent, dans son vécu et sa disponibilité, par rapport à ce matin. Je lui ai ensuite proposé de continuer le travail en étant allongée, afin qu'elle puisse ré-expérimenter ce qui avait été fait au cours de la matinée, dans de nouvelles conditions. Après le temps de reprise, elle a pu confier s'être sentie tel un ballon de baudruche qui, en rythme avec chaque expiration, expulse toutes les tensions et se relâche ; elle a affirmé n'avoir plus aucune tension ni dans les cervicales ni dans les trapèzes, comme si « tout avait lâché ». Son visage m'a paru illuminé, elle semblait plus sereine ; elle a pu dire que désormais elle « acceptait son corps », qu'elle restait consciente que les problèmes étaient toujours présents mais que les tensions et le stress associés avaient disparu.

Grâce à mes expériences de séances en individuel (que ce soit en tant qu'observatrice lorsqu'une des psychomotriciennes du Centre prenait un patient en charge, ou lorsque moi-même j'ai accepté une patiente en me mettant dans une posture professionnelle), j'ai pu avant tout prendre conscience de la capacité d'adaptation dont nous devons faire preuve.

Lors des ateliers collectifs, le déroulement est comme pré-écrit. Certes, suivant la dynamique du groupe, il y a des variations dans l'abord des propositions, la réceptivité de certains patients ou les verbalisations, mais la trame reste la même.

Or, en prise en charge individuelle, nous partons de ce dont a besoin le patient ; nous devons l'observer, l'écouter, pour avancer de façon collaborative et progressive, sans qu'aucune trame n'ait été pré-établie. Si nous arrivions avec une idée en tête, les propositions faites au patient ne seraient pas ajustées, et nous pourrions ne pas lui donner « les bonnes clés » en rapport avec ses attentes.

Au final, j'ai pu me rendre compte combien nos prises en charge, et d'autant plus en individuelle, reposent sur le dialogue tonico-émotionnel. Nous ne pouvons pas mener le patient vers un relâchement si nous ne sommes pas en mesure de discriminer les temps de tension et d'inconfort. Il est essentiel d'être attentif, à tout instant, sur comment se montre le patient, afin de pouvoir s'y ajuster et faire la proposition la plus adéquate possible ; c'est véritablement par l'analyse de tout ce qu'il nous communique (verbalement mais surtout corporellement) que nous pourrions intervenir le plus justement possible.

En filigrane, nous offrons donc une possibilité d'expression de façon sécurisée, associée à une attention toute particulière, ce qui n'est pas forcément possible lors des ateliers collectifs.

Par l'approfondissement de ce qui a pu être traité en atelier de groupe, nous permettons au patient de renforcer ses acquis et nous l'accompagnons dans un cheminement personnel plus élaboré.

6. Les ateliers & conférences proposés

Chaque atelier offre aux patients l'occasion d'expérimenter et de réfléchir sur ses habitudes de vie. L'un des objectifs majeurs sera que chacun d'entre eux puisse définir ce qui lui correspond le mieux, pour ensuite pouvoir l'appliquer dans sa vie quotidienne. Il sera également question d'information et d'éclairage sur des problématiques inhérentes à l'obésité, afin que le patient acquière des connaissances et une certaine autonomie vis-à-vis de sa maladie (et des comorbidités possiblement associées).

Pour davantage de lisibilité, je vais m'attacher ici à présenter les différents ateliers en les classant par corps de métier concerné. Comme je n'ai malheureusement pas eu l'opportunité de participer à chacun d'entre eux, je prends le parti de ne pas tous les décrire mais plutôt de les énumérer afin d'avoir une vision générale de ce qui est proposé au patient au sein du Centre.

• Les médecins

Il s'agit ici de plusieurs conférences (données par des médecins aussi bien psychiatre que généraliste, endocrinologue, diabétologue ou cardiologue...) : « Comportements et sensations alimentaires » ; « Chirurgie bariatrique » ; « Pourquoi je pratique une activité physique » ; « Les croyances alimentaires » ; « Pleine conscience : je fais l'expérience du grain de raisin ». Cette dernière conférence m'a beaucoup rappelé la méthode de relaxation de R. VITTOZ, basée sur la présence à soi à travers la découverte sensorielle : le médecin invite les patients à regarder et toucher le grain de raisin, puis à apprécier son odeur et enfin à le déguster lentement. Au final, il souhaite leur montrer tout l'intérêt de s'alimenter en prenant leur temps ; ici, sans s'en rendre compte, c'est 8 minutes qui s'écouleront entre le moment où le raisin sec leur est distribué et le moment où ils l'avalent !

• Les infirmiers (IDE)

Les ateliers proposés s'inscrivent parfaitement dans l'éducation thérapeutique du patient : il est question d'informations pratiques, que ce soit à propos de l'obésité ou des comorbidités les plus fréquentes (principalement le diabète).

Le premier atelier, nommé « hygiène des mains », est relatif à la vie au sein du Centre (la propagation des microbes étant d'autant plus importante en collectivité) ; ensuite viennent les ateliers « Qu'est-ce que le diabète ? » ; « Atelier gestion de la douleur » ; « Le pied diabétique » ; « J'adhère à mon traitement ».

Ils sont aussi en charge, en collaboration avec les diététiciennes, d'introduire les expériences de la faim et du rassasiement. Lors de leurs deux week-end de présence au Centre, les patients sont amenés à prendre conscience de leurs sensations dans le cadre du comportement alimentaire. Pour illustration, le premier samedi de leur séjour, ils sont invités à ne manger que lorsqu'ils perçoivent la faim : s'ils n'éprouvent rien au réveil, ils ne sont pas obligés d'aller prendre leur petit-déjeuner de suite. Dans tous les cas, l'expérience prend fin à 15h30 : il ne s'agit pas d'un « défi » où il est question de tenir le plus longtemps sans manger, mais bien de savoir interpréter ses sensations pour reconnaître la faim.

- **Les diététiciennes**

Elles proposent des ateliers théorico-pratiques, où les patients peuvent réfléchir aux thèmes du jour de façon individuelle, par binômes ou en groupes. Ces ateliers peuvent être classés de la manière suivante :

- ceux faits en salle : « Quelles sont mes attentes au niveau alimentaire » ; « Je maîtrise la composition des aliments et la pyramide de l'équilibre alimentaire » ; « Je compose un menu » ; « Je connais le rôle des nutriments » ; « Je connais les équivalences et la quantité d'aliments à utiliser pour moi » ; « Atelier dégustation » (dont l'objectif est la mise en éveil des sens, en continuité avec l'atelier « olfactif » fait juste avant).
- ceux proposés dans le cadre de la cuisine thérapeutique : « Je confectionne un dessert » ; « Je confectionne un repas » ; « je confectionne une sauce ».

- **Les psychomotriciennes**

Nos ateliers sont toujours pratiques dans le sens où les patients s'engagent corporellement à travers nos propositions. Dans le premier, nommé « Je prends contact avec mon corps », il est question de balayer les grands thèmes que nous allons traiter tout au long du séjour, et de commencer à familiariser les patients avec l'écoute des sensations. Nous travaillons autour des postures antalgiques, et soulevons déjà les problématiques autour du fait d'oser et de s'autoriser à faire ce qui est bon pour soi ; cela est en lien avec la confiance en soi et l'image qu'ils s'octroient et pensent renvoyer. Les ateliers suivants sont présentés ainsi : « Je prends conscience de mon corps » (séance basée sur la méthode de relaxation Jacobson) ; « Je découvre ma respiration » ; « Je découvre la détente » (séance de relaxation guidée en position allongée) ; « Je bouge mon corps en douceur et en musique » ; « Je deviens autonome pour me détendre ».

A la fin du séjour, nous proposons une table ronde, afin que chacun puisse exprimer son évolution à propos de son état de bien-être, de la conscience de ses sensations, des projets futurs dans la continuité de ce qui a pu être fait en psychomotricité etc... Il est important que chacun parle de son ressenti et ne se contente pas de dire « moi c'est comme les autres du groupe » : il ne s'agit pas d'être original ou de se différencier, un vécu sera toujours personnel (mais nous respectons bien évidemment ceux qui n'ont pas envie de s'exprimer).

- **Les psychologues**

Elles proposent des ateliers-conférences, qui sollicitent toujours la participation des patients : soit par un travail de réflexion autour de divers problématiques en demi-groupe, ou par des questions induisant des réponses spontanées etc. Chronologiquement, les ateliers sont nommés de la façon suivante : « Je fais connaissance avec la psychologue » ; « Moi et mon alimentation » ; « Je mange donc je suis » ; « L'image de soi » ; « La confiance en soi » ; « Je prépare ma sortie » (en co-animation avec les IDE).

- **Les professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA)**

Ils sont en charge des « tests cardio » d'entrée : parcourir une distance à pieds le plus vite possible, monter et descendre un étage par les escaliers etc. Tout au long du séjour, ils conduisent des circuits « cardio training », initient et encadrent les patients lors des sorties « marche nordique », interviennent dans le cadre de la balnéothérapie en proposant de « l'aquagym » et des « jeux aquatiques ». Ils mènent aussi un atelier de « gym douce et renforcement musculaire », et animent un groupe de parole en fin de séjour, associé aux « tests de sortie » (il s'agit des mêmes tests que lors de l'admission, ce qui permet aux patients d'objectiver leurs évolutions en fonction des nouveaux résultats obtenus).

Les professeurs APA mettent également en place un « réveil musculaire », tous les matins de 8h30 à 9h : cette activité quotidienne constitue un véritable repère pour beaucoup de patients, comme un rituel qui leur permet d'entamer la journée dans les meilleures conditions.

Enfin, l'un de ces professionnels possède une formation complémentaire qui lui donne la possibilité de proposer un « accompagnement à la sophrologie », basé sur du volontariat.

- **Les aides soignants**

Ils sont responsables de faire visiter le Centre aux patients lors de leur admission. Ensuite, ils sont en charge d'un atelier balnéothérapie, où il s'agit en fait de veiller à ce que tout se passe bien pour le groupe, laissé libre dans le choix des activités. Enfin, ils co-animent l'atelier « hygiène des mains » avec un IDE.

En plus de tous ces professionnels précédemment cités, les patients ont l'occasion de rencontrer un masseur-kinésithérapeute, qui intervient au Centre de façon ponctuelle tout le long de la semaine.

7. Gros plan sur les séances en psychomotricité

Il faut cultiver notre jardin.
VOLTAIRE

7. 1. Les compétences que nous cherchons à transmettre aux patients

Lors des ateliers de psychomotricité, nous ne cessons de répéter que ce à quoi nous nous attachons en permanence, c'est l'écoute des sensations. Nous les accompagnons dans le développement d'une conscience corporelle, visant le mieux-être, voire le bien-être.

Comme nous avons pu le dire précédemment, il s'agit véritablement d'amener le patient à être acteur, afin de remobiliser ses capacités d'attention et développer toute perception qui émane de lui-même, pour qu'il réinvestisse sa corporalité. A travers nos différentes propositions, nous cherchons à ce que le patient apprenne à se connaître, pour finalement repérer ses limites et davantage respecter ses capacités, dans l'optique de prendre soin de lui. Cela rejoint ce qu'a pu écrire A. R. DAMASIO (8) : « à son niveau le plus simple et le plus fondamental, la conscience permet de développer un intérêt pour soi ».

L'approche psychomotrice permet au patient d'acquérir un sentiment d'unicité, une vision harmonisée de lui-même. Cela se fait à travers des liens qu'il découvre, par exemple entre ses émotions et leur impact corporel (en général, il s'agit au départ d'émotions négatives créant des tensions musculaires), ou plus généralement entre ses sensations et son rapport au monde environnant (aussi bien dans le milieu professionnel que familial etc).

Le déroulement des ateliers de psychomotricité est pensé de façon précise :

- Dans un premier temps, il est question de se familiariser avec l'écoute de ses propres sensations en statique. En effet, il semble nécessaire de débiter notre travail par la prise de conscience immobile, par exemple, de ce qui est de l'ordre des appuis (assis et debout), des différentes structures qui nous composent (système osseux, musculaire, cutané), pour ensuite savoir discriminer où sont les tensions, les douleurs etc.
- Dans un second temps, la prise de conscience corporelle se fait en mouvement ; elle permet la reconnaissance des compétences motrices et l'intégration des limites. Ces dernières peuvent être liées aux contractions musculaires, aux douleurs, ainsi qu'aux restrictions respiratoires ou cardiaques. Nous amenons le patient vers une « reconquête » de la confiance en ses capacités, notamment physiques. En effet, généralement la douleur se fait de moins en moins sentir au fil du séjour et, de ce fait, nous pourrions alors observer le plaisir du mouvement réapparaître.
- Dans un troisième temps, la mise en action à travers la créativité ouvre aux patients la voie vers de nouveaux ressentis, de nouvelles expériences, de nouvelles compétences. Ce vécu offre la possibilité de s'orienter vers un changement comportemental, il nous est arrivé d'être face à des patients qui eux-mêmes disaient « ne pas se reconnaître », ou par exemple qui pensaient « ne plus être capable de danser de cette façon », « de lâcher prise comme cela ».

En résumé, et de façon non exhaustive, nous pouvons lister les compétences que les patients peuvent acquérir lors de nos séances (et bien-sûr toujours en lien avec les autres professionnels) : être à l'écoute de ses sensations – trouver des postures antalgiques – trouver ses limites – mieux gérer la douleur – mieux respirer – être capable de se détendre – mieux gérer son stress – être capable de lâcher prise – se recentrer et prendre du recul – retrouver la possibilité de changement...

A la fin de son séjour, un monsieur ne comprend toujours pas pourquoi il y a autant d'ateliers psychomoteurs et psychologiques. Il est conscient que si cela est planifié de la sorte, c'est bien que cela doit être bénéfique pour la plupart des patients, mais lui ne voit pas l'intérêt. Il préférerait avoir davantage de moments avec les professeurs APA, faire plus de sport car pour lui c'est cela qui sert à lui faire perdre du poids et non pas rester allongé à se relaxer ou assis à écouter une conférence... Bien-sûr son point de vue est recevable et légitime, nous ne sommes pas là pour le juger. Il faut se dire que bien qu'il n'ait pas été réceptif à notre pratique, au moins nous l'avons sensibilisé à une certaine conscience de lui-même, et cela fera peut-être son cheminement à plus long terme.

Ce qui est le plus compliqué en vérité, c'est d'initier l'écoute de soi. La plupart du temps, le patient n'est pas familiarisé avec cette démarche qui consiste à focaliser son attention sur son expérience, et cela lui demande parfois un grand effort.

D'après J.-M. DELACROIX (10), la prise de conscience corporelle est une démarche paradoxale, « à la fois active – je porte mon attention sur ce qui se passe – et à la fois passive, dans le sens de s'abandonner à ce qui vient et au continuum de ce qui vient ».

7. 2. Les médiations

7. 2. 1. Qu'est-ce que c'est ? A quoi servent-elles ?

Médiation : du latin « mediare » signifiant s'interposer ; fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication (Larousse, 2017)

Nous comprenons que la médiation propose un espace « entre », elle est l'occasion d'une mise en relation du patient, avec le monde qui l'entoure et ses propres ressentis.

La médiation que nous choisissons va servir d'étayage à notre écoute et nos observations ; selon C. POTELE (31), elle a « un effet loupe », c'est-à-dire qu'elle met en exergue différentes dimensions du patient auxquelles nous allons nous intéresser tout particulièrement. En proposant une médiation, nous donnons l'occasion à la créativité de s'exprimer, aux expériences sensorimotrices d'exister, le tout dans le but de remobiliser le patient dans l'investissement de ses ressentis et la libre expression de ce qu'il est.

Parmi les objectifs que nous pouvons attribuer aux médiations, il y a donc :

- proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions
- favoriser l'engagement corporel, porteur d'une expression spécifique, en nous investissant nous-même dans la relation et offrant un étayage sécurisant et contenant
- accompagner l'évolution des éprouvés en représentations, par l'accès au symbolique

Au sein du Centre de l'Obésité, l'éventail des médiations est très large puisque la prise de conscience corporelle s'effectue aussi bien par la pensée que dans l'action.

De ce fait, nous pourrions utiliser des médiations qui utilisent davantage l'effort d'attention et de concentration (comme en relaxation immobile), d'autres recourent au toucher (mobilisations passives, auto-massages), au mouvement (danse, mobilisations actives...) et aux sollicitations sensorielles (l'ouïe avec la guidance verbale ou l'utilisation d'un fond musical, mais aussi l'odorat à travers l'inspiration, la vue...).

7. 2. 2. La relaxation

*La présence ne disparaît jamais, depuis le moment où l'on s'éveille
jusqu'au moment où l'on se rendort.
La présence doit être là, ou bien alors il n'y a pas de vous.
Antonio R. DAMASIO*

Pour H. WALLON¹⁹, le tonus va être le point d'articulation des ressentis, des émotions, et de leurs expressions. C'est pourquoi la relaxation, qu'elle soit active ou passive, s'impose comme un médiateur de choix pour accéder au bien-être, dans le sens où nous influons sur les divers états de tensions, aussi bien psychiques que musculaires.

Il s'agit également d'un moyen privilégié pour convoquer la conscience corporelle chez chacun de nos patients, puisqu'il est question d'être présent à soi, dans l'ici et maintenant. A ce propos, S. ROUBERT-OUVRAY et A. SERVANT-LAVAL (16) nous font remarquer que bien que la vigilance puisse être abaissée lors d'une séance de relaxation, la conscience, quant à elle, est enrichie par ce « regard intérieur » porté aux diverses sensations, puis aux perceptions et représentations qui en découlent.

Au fil des mois et de la centaine de patients que j'ai pu accompagner, je me suis aperçue de l'incroyable qualité de la relaxation à faire émerger des ressentis profonds, des vécus enfouis. Tout ce qui était jusqu'à présent noué, réprimé, dénié, se manifeste désormais, émaillé d'affects plus ou moins positifs. C'est pourquoi, en tant que psychomotriciens, nous accordons tant d'importance à la verbalisation suivant la phase de relaxation. Il s'agit, pour les patients, de laisser venir les émotions quelles qu'elles soient, issues de cette « rencontre » avec eux-même.

Selon C. POTEL (31), c'est « ce lien créé avec le thérapeute – dans les mots, le timbre de la voix, le toucher, les verbalisations – qui est le support d'un travail thérapeutique ».

* **Quelles sont les différentes méthodes abordées au cours des ateliers**

L'abord concret de la détente est introduit lors du troisième atelier, qui se base sur la **méthode Jacobson** effectuée en station assise. Par cette technique, nous souhaitons que les patients découvrent les sensations qu'implique le relâchement, nous voulons qu'ils reconnaissent et mémorisent ce qu'est l'état de détente, pour pouvoir ensuite l'éprouver plus facilement par eux-même. C'est l'idée d'accéder de façon volontaire à la décontraction, par contraste avec un état de tension préalable ; nous voyons alors combien cette méthode favorise l'expérience sensorimotrice.

19. WALLON H. (1934, 2ème éd. 1949), *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF

La conscience de soi est sollicitée de façon approfondie, d'un côté par la focalisation sur une unique zone corporelle à mobiliser, et d'autre part en étant capable de dissociation, c'est-à-dire de pouvoir contracter un point précis et être relâché partout ailleurs.

Enfin, nous faisons comprendre aux patients que cette technique leur permet d'être conscients de leurs limites : il s'agit ainsi de ne pas aller jusqu'à la douleur ou la crampe, et de faire chaque mouvement en se respectant. Ils apprennent de ce fait à gérer leur effort, et agir en fonction de ce qui est bon et supportable pour eux.

Pour que la conscience de ce que cela engendre soit optimale, nous n'hésitons pas à demander aux patients d'exprimer ce qu'il se passe concrètement pour eux : au début cela n'est pas facile, ils n'ont pas l'habitude d'être autant à l'écoute de leurs sensations, et encore moins de les verbaliser. Mais petit à petit, les ressentis se font de plus en plus précis : ils peuvent confier percevoir des différences entre chaque membre en ce qui concerne la température (« j'ai comme une vague de chaleur dans le bras que je viens de contracter ; mon autre bras, lui, est tout froid »), le poids (certains auront l'impression d'une lourdeur accrue, d'autres au contraire percevront le membre contracté plus léger), de volume (avec un côté plus imposant par rapport à l'autre) et même des sensations de fourmillements, d'une circulation sanguine qui « se remet en route ».

A chaque fois, il est important de s'assurer de ce que ces sensations impliquent : est-ce agréable ou angoissant ? Dans le dernier cas, nous pouvons exposer les causes biologiques et physiologiques de certains ressentis, afin d'apporter une explication rationnelle et rassurer sur le côté « normal » de ce qu'il est en train de se passer.

Lors de l'atelier suivant, une **relaxation guidée en position allongée** leur est proposée, avec des mobilisations qui peuvent être passives et/ou actives. Il est question ici d'approfondir l'état de détente expérimenté lors de la séance précédente, et de prendre conscience qu'être allongé ne veut pas obligatoirement dire « dormir » ! Tous réalisent d'ailleurs que 45 minutes de relaxation peuvent être autant, voire davantage, bénéfiques qu'une nuit de sommeil (dans leurs cas généralement agitée).

Avant de commencer, nous accordons un point d'honneur à l'installation : nous rappelons aux patients qu'il est indispensable d'être confortablement allongé, la moindre gêne ou douleur pouvant compromettre toute leur séance.

A la fin de la proposition, il est satisfaisant d'entendre les patients s'exprimer sur des perceptions empreintes d'imaginaire : certains ont le sentiment de s'enfoncer dans le sol et d'autres de flotter, voire même de voler. Nous pouvons réaliser combien ces derniers ressentis de « lévitation » peuvent être paradoxaux par rapport aux vécus de poids et de lourdeur quotidiens ! Quant aux limites corporelles, elles peuvent être plus ou moins effacées : nous retrouvons la sensation « de s'étaler », d'être comme « désincarné » ou bien de « ne plus sentir que les parties en appui sur le matelas ». Certains parlent également d'une impression de gouffre, comme s'ils plongeaient de plus en plus profondément en parallèle de la diminution de leur état de vigilance...

Il est possible que l'état de relaxation ravive des souvenirs refoulés, ou fasse remonter des vécus oubliés : je pense par exemple à un monsieur, qui confie à la fin avoir été très apaisé car il s'est vu dans les bras de son père... Cela convoque beaucoup d'émotions et il se met à pleurer. Après quelques instants, il précise que cette expérience est positive, et non pas synonyme d'angoisse ou de mal-être.

En fin de séjour, il est proposé un atelier « à la carte », où les patients décident de ce dont ils ont envie : il peut aussi bien s'agir de refaire ce qu'ils ont particulièrement apprécié lors des séances précédentes (en général plutôt la relaxation allongée), que de la découverte d'approches nouvelles que nous n'avons pas eu le temps d'aborder.

Lorsque cette dernière option est choisie, c'est pour nous l'occasion de proposer des méthodes différentes de relaxation, basées par exemple sur des **auto-massages** ou encore la pratique du **Qi Gong**. A travers plusieurs propositions, nous balayons un large spectre de compétences et d'habiletés motrices, allant notamment des coordinations dynamiques générales à la gestion de l'équilibre, en passant par la régulation de la respiration. Nous montrons ainsi qu'il est tout à fait possible d'accéder à la détente en étant actif et dynamique, et que ces techniques peuvent aussi être utilisées justement pour faire « le plein d'énergie », comme lors du réveil par exemple.

Cet atelier ayant lieu en troisième semaine, les patients sont davantage à l'écoute de ce qu'ils ressentent, ils s'expriment spontanément et sont à présent capables de localiser une sensation et de la verbaliser de façon précise (« je sens que ça me tire du bas du mollet jusqu'au talon », où dans ce cas nous précisons au patient qu'il s'agit exactement du tendon).

Nous voyons donc que le travail autour de la relaxation est majeur dans notre pratique psychomotrice au sein du Centre. Par le biais de propositions variées, nous mettons en jeu de nombreuses problématiques. Pour illustration, nous pouvons offrir la possibilité d'harmoniser vie psychique et vie corporelle du patient, et donc favoriser son sentiment d'identité ; nous le menons aussi à redéfinir les limites de son enveloppe corporelle, en lien avec le renforcement de la fonction de pare-excitations du Moi-peau, ce qui peut le conduire vers une revalorisation de la confiance qu'il porte en lui.

Tout cela est possible grâce à la présence du psychomotricien, et surtout par sa voix : même à distance, elle a un effet de portage et d'enveloppe pour le patient, ce qui lui offre un sentiment de sécurité. Encore une fois, une séance de relaxation ne peut être aboutie si nous n'aidons pas le patient à mettre des mots sur ses sensations, à identifier ses perceptions et ainsi libérer ses émotions, ses vécus et, *in fine*, matérialiser ses angoisses. Nous venons stimuler leur imaginaire, et les invitons à repenser leur image sur un mode plus agréable et positif.

Notre volonté est de donner progressivement aux patients plus de capacités d'autonomie : nous cherchons à ce qu'ils s'approprient toutes les composantes d'une relaxation afin de pouvoir identifier quels sont les éléments les aidant personnellement à se détendre. En analysant s'il s'agit plutôt de la musique, de l'induction verbale, ou davantage des techniques de respiration, des mobilisations, la recherche des zones d'appuis etc... Ils pourront, par la suite, mettre en place des stratégies pour se relaxer seuls puisqu'ils sauront ce qui fonctionne le mieux pour eux.

*** La respiration, outil fondamental**

*L'expérience change les soupirs en respirations.
Béatrix BECK*

Dans l'ouvrage *Traité l'obésité et le surpoids*, S. HAHUSSEAU (40) rapporte que la respiration représente 40% de l'émotion. Quant à A. SERVANT-LAVAL & S. ROBERT-OUVRAY (16), elles affirment que notre respiration peut servir de « passage vers l'intériorité, sur les plans sensoriel, affectif et de représentation ».

Cela confirme combien elle est non négligeable au sein de notre pratique psychomotrice et indispensable dans l'approche que nous avons de la prise en soin de la personne en situation d'obésité. La respiration constitue le socle fondamental sur lequel nous basons toutes nos propositions ; elle est la clé de nombreux de douleurs, tensions, et *a fortiori* d'un certain mal-être.

En adoptant une respiration consciente, qui peut s'ajuster en fonction de nos mouvements, nous prouvons aux patients à quel point elle peut transformer leurs façons de faire. Je pense notamment aux transferts : le fait de se lever d'une chaise est douloureux pour une grande majorité d'entre eux, mais en ajoutant la respiration dans l'effort, c'est-à-dire inspirer avec le nez en amont, puis expirer avec la bouche en se levant, la manœuvre devient aussi simple « qu'un jeu d'enfant » pour la plupart d'entre eux ! En général, ils sont d'ailleurs tous surpris de se rendre compte à quel point cela change tout, et remarquent que cela est « incroyable de ne pas y penser », d'oublier cette respiration qui est pourtant l'essence même de notre vie.

Faire attention à la façon dont nous respirons, c'est apporter de la lenteur dans les mouvements, de la précision dans l'exécution des gestes, de la souplesse dans les déplacements ; c'est se mettre en conscience sur ce que nous sommes en train de faire, ne plus penser à rien d'autre qu'à ses sensations, et finir par relâcher ses tensions.

Régulièrement, des patients nous demandent pourquoi est-ce que la méthode de respiration que nous leur apprenons est relaxante. Nous leur répondons qu'inspirer par le nez et expirer par la bouche de façon lente et profonde n'est pas habituel. De ce fait, comme il ne s'agit pas de notre respiration spontanée, nous devons davantage nous concentrer pour la réaliser. C'est cette focalisation qui permet la détente puisqu'en respirant ainsi, en y portant toute notre attention, il est presque impossible d'être submergé par des pensées qualifiées de « parasites ».

Il est aussi essentiel de faire ces exercices de respiration en dehors des situations qui peuvent provoquer un mal-être : « il faut cultiver son bien-être » ! Nous conseillons aux patients de s'entraîner quotidiennement à faire ces petits temps de respiration, tout particulièrement quand tout va bien : par exemple une fois le repas terminé, le soir avant de s'endormir ou le matin au réveil...

Les ateliers « Je découvre ma respiration » peuvent être menés de différentes façons, et approfondis lors des séances suivantes. Dans tous les cas, il est question dans un premier temps de faire observer aux patients leur respiration spontanée (où se font les inspires et expires, est-ce que le volume d'air pris est important, quelle est la rapidité du cycle...) ; dans un deuxième temps, nous nous intéresserons au mouvement respiratoire, c'est-à-dire la découverte d'une respiration abdominale qui se combine à une autre thoracique, les sensations de « remplissages » ventral et pulmonaire puis de « creux » ou de « vide » lors de l'expiration, l'impact peut-être perceptible de cette respiration jusqu'au niveau du dos etc...

Il s'agit d'un travail minutieux, qui demande beaucoup de concentration de façon prolongée et auquel nous devons donc être vigilants, puisqu'il peut provoquer des vertiges du fait d'une sur-oxygénation.

En général, afin de soutenir les patients dans la perception de l'ouverture thoracique lors de l'inspiration, nous posons nos mains sur leurs épaules pour accompagner leur mouvement. A ce moment, je suis régulièrement étonnée de voir combien un simple toucher à ce niveau peut amener un relâchement ; beaucoup de patients sont hypertendus, avec les muscles trapèzes contractés en permanence. En posant mes mains sur leurs épaules, ils s'aperçoivent que ces dernières peuvent s'abaisser ; en appliquant de légères vibrations, je transmets une onde qui va se propager jusque dans leurs bras, les rendant alors souvent plus souples et permettant un certain relâchement. Par une légère pression, le patient se rend compte qu'en amenant ses épaules lentement vers l'arrière, sa cage thoracique s'ouvre et le volume pulmonaire augmente. Pour cela, je veille également à ce que sa tête soit relevée, pour que le menton ne soit pas contre la poitrine et bloque cette respiration.

J'ai également pu remarquer combien la problématique autour du ventre peut être compliquée lorsque nous abordons la respiration abdominale. Pour certains, il s'agit uniquement d'une « masse », qu'il est impossible à leurs sens de mobiliser ; pour d'autres, il est source de complexe et ils ne pensent qu'à le cacher sous leurs mains... Pourtant, tous arrivent la plupart du temps à percevoir ce mouvement d'expansion lors de l'inspire, et de renforcement lors de l'expire. Ils en sont généralement fiers et satisfaits, comme s'ils avaient réussi à « dompter » cette zone si particulière.

Tous ces faits font part de petits signes auxquels je n'aurais pas forcément pensé jusque là ; j'ai appris à observer et décrypter quels peuvent être les freins à une respiration efficiente. J'ai développé mon écoute du patient, et je sais désormais guider celui-ci dans sa propre écoute. J'ai apprivoisé ce dialogue tonico-émotionnel si inhérent à notre pratique, et vu à quel point il est fondamental dès l'instant où nous entrons en relation avec notre patient.

7. 2. 3. « Je bouge mon corps en douceur et en musique »

Je choisis de m'attarder davantage sur cet atelier car il s'agit de la dernière séance « pratique » avant la table ronde de sortie ; c'est donc un moment particulièrement riche de sens, où les patients ont l'occasion de mettre en œuvre et d'associer tout ce qu'ils ont pu apprendre et découvrir au cours de leur séjour.

Sans aller jusqu'à la peur panique profonde (même si c'est ce dont il peut s'agir dans certains cas rares), nombres de patients présentent ce que nous pouvons nommer une **kinésiophobie** : ils n'osent plus bouger par peur d'avoir mal. Ainsi, beaucoup d'entre eux arrivent au Centre avec une mobilité réduite due aux douleurs ressenties ou même anticipées : « je ne marche pas parce que sinon je sais que j'aurai mal », ou dans une autre mesure « je garde les bras croisés parce que cela retient leur poids, si je les lâche, si je les laisse pendre, alors j'aurai mal ».

S. GAUMET (15) écrit que « notre corps est fait pour être en mouvement » ; nous comprenons alors l'influence que le manque d'activités physiques peut avoir sur notre bien-être psycho-corporel. Un déficit d'expériences sensorimotrices conduit dans un grand nombre de cas à des perturbations de perceptions, influant sur la qualité du schéma corporel ainsi que sur la représentation de l'image du corps. De part la diminution de ses mouvements et ses déplacements, la conscience corporelle du patient est appauvrie, impactant en conséquence la façon dont il s'engage dans sa corporéité.

Notre atelier débute par la question suivante : « Que nous faut-il pour créer du mouvement ? ». Presque dans tous les cas, ce sont d'abord des réponses immatérielles qui nous sont proposées : « la volonté », « la condition physique », « le plaisir » etc... Or, même si tout cela est correct, nous attendons des termes davantage liés à l'organique, qu'ils ont beaucoup de mal à trouver ! Très souvent, nous sommes obligées de guider les patients et leurs donner un fort indice pour obtenir des réponses plus concrètes telles que « les muscles » ou « les os ». Mais le terme que nous souhaitons entendre avant tout, c'est-à-dire les **articulations**, vient inmanquablement en dernier quels que soient les groupes. Il est assez déroutant de voir combien ce qui touche au fonctionnement corporel est peu investi chez ces personnes, ou encore combien ce qui est de l'ordre du physiologique semble oublié.

Nous introduisons le déroulement de la séance de la façon suivante : si nous voulons progresser vers des mouvements globaux, fluides, voire dansés, nous devons dans un premier temps « déverrouiller » chacune de nos articulations. Nous commençons par le membre inférieur, en station assise (orteils, chevilles, genoux, hanches) : j'ai pu remarquer à quel point il était généralement difficile pour eux de faire des dissociations, c'est-à-dire de trouver le mouvement le plus simple et fondamental pour ne mobiliser qu'une seule articulation à la fois (pour illustration, ils sollicitent régulièrement la hanche en même temps qu'ils veulent bouger leur genou). Nous les incitons alors à poser leurs mains sur l'articulation concernée afin de prendre davantage conscience du mouvement effectué.

Après cela, nous nous levons (lorsque cela est possible, évidemment il n'y a pas d'obligation) et nous mobilisons le bassin : nous leur demandons à ce moment de quoi il s'agit concrètement. Très souvent, c'est une zone floue et assez mal définie par les patients ; cependant, il arrive que certains en aient une conscience très précise, et le décrivent comme un « véritable carrefour articulaire », ce qui est une représentation très juste et élaborée. Puis, avec un peu de musique, nous pouvons déjà observer quelques déhanchés que nous n'aurions pas forcément soupçonnés !

Tout en les encourageant, il arrive que certains se placent au centre du cercle et se laissent aller ; ils semblent prendre du plaisir, la plupart arborent un grand sourire, la timidité ou la crainte paraissent s'évaporer... C'est à ce moment qu'avec la psychomotricienne nous nous rendons compte qu'une telle proposition n'est possible qu'en troisième semaine, parce qu'avant leur cheminement n'est pas assez avancé pour être prêt à vivre cette expérience, la confiance qu'ils ont envers le regard des autres et vis-à-vis d'eux-mêmes n'est pas suffisante (du moins pour la plus grande majorité).

Suivant cet interlude dynamique, nous nous asseyons généralement afin de mobiliser les articulations du membre supérieur (doigts, poignets, coudes, épaules). Pendant ce temps de « déverrouillage », sollicitant un côté puis l'autre, les verbalisations sont spontanées et très fines : un monsieur dit par exemple « j'ai l'impression que mon bras droit est vivant, plein d'énergie, alors que le gauche est mort ». Nous pouvons ici faire le lien avec des représentations (plus ou moins conscientes) autour du fait que ne plus bouger, c'est peut-être finalement comme ne plus être en vie.

Puis nous proposons de combiner le tout, et de se mettre debout afin de faire l'expérience en trois dimensions : en effet, plus l'amplitude est importante, plus l'espace autour de soi semble s'étendre. A ce propos, nous demandons régulièrement aux patients « qu'est-ce que l'espace » ? Ce questionnement semble dérisoire, et pourtant, il est très difficile pour beaucoup d'entre eux d'y répondre : « c'est partout ». Certes, mais plus précisément ? Il est impressionnant de voir comme les repères fondamentaux peuvent être oubliés, comme s'ils n'avaient plus conscience de l'espace autour d'eux... Nous devons fortement les aider pour que finalement les termes de droite et gauche, haut et bas, devant et derrière apparaissent. Quand ils comprennent ce vers quoi nous voulions les mener, ils paraissent déroutés : comme si à la fois ils étaient éclairés par le fait que nous ne demandions « que ça », « rien de compliqué au final », et à la fois eux-mêmes un peu surpris de ne pas avoir su exprimer de telles notions.

Nous avons donc pour terminer un temps d'expression libre, avec une complète improvisation laissant place à la créativité. Dans l'ensemble, tous se prennent au jeu, avec des mouvements et déplacements plus ou moins assurés et assumés...

Notons que tout au long de l'atelier nous insistons sur l'importance d'agir en lien avec une respiration consciente, notamment pour prévenir l'apparition des douleurs.

Au cours de la séance, il est d'ailleurs régulier que les patients confient être tellement habitués à la douleur qu'ils ne se rendent même plus compte des instants où ils n'ont pas mal... D'où l'intérêt d'être à l'écoute de ce qu'il se passe en soi, pour prendre conscience qu'il est possible que la douleur s'atténue, ou même disparaisse. Il est essentiel d'apprécier ces moments où tout va bien, de mémoriser quels mouvements nous sont agréables (parfois très simples et rudimentaires), afin de faire en sorte de retrouver ces sensations de bien-être plus régulièrement.

Un jour où j'animais seule la séance, il est arrivé qu'à la fin une dame ferme les yeux et se laisse porter par la musique : elle dansait seule au milieu du cercle, les autres s'étant écartés et la regardant, ébahis... Une patiente si douloureuse en temps normal ! Elle-même « n'en revenait pas », elle a confié « avoir l'impression de voler », et pensait « ne plus être capable de bouger comme cela ». C'est une belle conclusion pour cette fin de séjour et un beau départ pour le retour à domicile...

Pour ce qui est des ressentis en fin d'atelier : les patients témoignent tous globalement d'une « expérience agréable », d'un sentiment « d'harmonie » pour certains, de « plénitude », de « fluidité » ou de « bien-être » pour d'autres. Bien qu'ils aient des ateliers davantage de l'ordre de la performance physique avec les professeurs APA, ils apprécient ici « de remettre du mouvement dans les articulations, en douceur ! ». Nous voyons donc une nouvelle fois combien notre travail est complémentaire de ce qui est fait par d'autres corps de métier au sein du Centre.

8. Exemples d'ateliers en balnéothérapie et cuisine thérapeutique : **mon regard de future psychomotricienne**

• Atelier balnéothérapie mené par les professeurs APA

Les patients possèdent 6 ateliers en balnéothérapie répartis sur tout le séjour : 3 avec les professeurs APA, et 3 avec les aides soignantes.

La séance à laquelle j'ai pu assister est nommée « Découverte de la balnéothérapie » ; elle est menée par un professeur APA et a lieu le jeudi matin de 9h00 à 10h00. Il s'agit du tout premier atelier en milieu aquatique pour ce groupe de patients arrivé au Centre le lundi (pour le groupe admis le mardi, cet atelier de découverte a lieu le vendredi matin).

De par mon autre lieu de stage, j'ai l'opportunité de prendre en charge des patients en balnéothérapie. Je sais donc combien l'eau est un médiateur particulièrement riche et porteur pour l'exploration sensorimotrice. Mais j'ai aussi conscience que, pour cette population souffrant d'obésité, cet atelier est synonyme de « se jeter à l'eau » au sens propre comme figuré. Toutes les problématiques autour du fait de se révéler et s'exposer (ici presque nu, sans réelle « enveloppe vestimentaire » pour se protéger), de montrer ce « corps flasque » ou « tout mou » comme le qualifient certains, sont mises en exergue.

Le premier point sur lequel je me suis questionnée a été l'implication différente du professeur, par rapport à ce que j'avais en tête vis-à-vis de l'engagement du psychomotricien. Ici, le professionnel reste sur le bord du bassin afin que tout le monde puisse bien le voir lorsqu'il montre les exercices à faire. Je réalise alors que nos métiers sont opposés de ce point de vue, puisque pour moi il est difficilement concevable que le psychomotricien ne soit pas dans l'eau avec le patient lorsque le cadre le permet. Cette implication semble vraiment spécifique à notre profession, nous nous engageons dans la relation, nous proposons et laissons l'expérience se faire, soutenue par notre étayage ; il ne s'agit pas de montrer en disant de faire. Mais je sais qu'en ce qui concerne nos objectifs, il n'est pas question pour nous de « performance » comme en APA, où alors il est compréhensible que le professeur reste à l'extérieur de l'eau pour bien « montrer l'exemple ». Nous, psychomotriciens, accompagnons la sensation, le vécu, l'émotion ; c'est pourquoi être dans l'eau avec le patient me paraît essentiel.

Mes observations tout le long de la séance se sont portées sur des fondamentaux de notre pratique.

Tout d'abord la respiration : elle est primordiale (je dirai même vitale) et sa gestion s'avère particulièrement compliquée ici. Sur chaque mouvement il faut veiller à ne pas être en apnée, et quand vient la question de l'immersion, alors tout est bouleversé ! Il est demandé aux patients de souffler longuement, notamment lors de la nage sur le dos afin de récupérer. Tous sont très préoccupés par cette respiration : ils se questionnent sur « le bon moment », c'est-à-dire quand, pendant l'effort, doivent-ils inspirer et expirer. Le professeur APA les guide le plus souvent, mais les laisse aussi expérimenter afin qu'ils trouvent par eux-mêmes la technique la plus efficiente.

Viennent ensuite l'organisation spatiale, et les problématiques autour des coordinations et la vitesse d'exécution des mouvements (en lien avec la gestion des douleurs). Le professeur demande d'abord aux patients d'effectuer des exercices simples de marche en faisant différents mouvements avec les bras : progressivement, tous se mettent très vite à se regrouper et marcher dans la même direction. Personne n'ose aller « à contre-sens », malgré les directives les incitant à être créatifs dans la direction de leurs déplacements. Cela rejoint ce que j'ai pu exposer précédemment dans ma partie concernant les différents items de bilans : même si le phénomène d'harmonisation du mouvement est caractéristique dans un groupe (notamment sous forme de cercle, ce que j'ai déjà pu moi-même expérimenter en atelier pratique lors de ma formation), il est particulièrement révélateur chez nos patients d'un défaut d'affirmation de soi.

Concernant les coordinations et la vitesse d'exécution, là encore je me réfère à ce que j'ai pu écrire plus haut. Je m'aperçois qu'il est difficile pour eux d'agir lentement, même dans ce milieu aquatique. Cela signe un déficit d'attention à l'égard des sensations, mais est aussi cohérent avec le fait que ces patients ne sont présents dans le Centre que depuis trois jours : ils en sont au tout début de leurs expérimentations, et ce n'est qu'avec le temps qu'ils acquerront les compétences nécessaires à l'écoute de leurs besoins et la gestion de leurs limites.

Je trouve dommage de ne pas pas accorder un temps plus important à cette découverte sensorielle qu'apporte la médiation « eau ». Directement, les patients se jettent dans le bassin, et même si le premier exercice consiste à marcher tranquillement dans tout l'espace du bassin, il n'y a aucun accompagnement sur la conscience des sensations et surtout aucun temps laissé aux verbalisations et à ce qui se joue pour eux. Celles-ci pourraient être autour de ce que produit l'eau en se déplaçant le long de la peau, de la proprioception qui est complètement modifiée dans ce milieu etc...

Ils feront par exemple un exercice où, après un pas, ils doivent pousser l'eau avec leurs bras de façon à se soulever. Là encore, rien n'est exprimé concernant cet « envol », cette perte d'appuis, cette lévitation qui les fait décoller si facilement malgré leur poids...

Bien sûr le professeur APA a ses objectifs, il ne s'agit pas qu'il fasse de la psychomotricité alors qu'il n'y est pas formé. Je me questionne simplement sur la place donnée aux verbalisations, et à l'intérêt qu'il pourrait y avoir pour notre approche psychomotrice dans la découverte de ce nouveau milieu.

Cette séance m'a donc menée à beaucoup de réflexions ; à mon sens, il est sûr que cet espace privilégié mériterait d'être exploité davantage par notre profession...

- **Cuisine thérapeutique : atelier mené par les diététiciennes**

Les patients possèdent trois ateliers en cuisine thérapeutique ; celui auquel j'ai pu assister se nomme « Je confectionne un repas en cuisine », et a lieu le jeudi de la deuxième semaine. Il s'agit ici de laisser les patients décider, s'organiser puis préparer leur repas en toute autonomie.

En restant à leurs côtés pendant tout le temps de l'atelier, j'ai pu notamment m'intéresser à l'organisation spatio-temporelle du groupe : comment ils gèrent le temps imparti et se distribuent les tâches, principalement pour que tout ce qui est de l'ordre de la préparation n'empiète pas ensuite sur le temps nécessaire à la cuisson. Il est intéressant d'observer la façon dont ils définissent plusieurs zones, toutes attribuées à une préparation différente, ainsi que la manière dont chacun s'approprie son espace de travail et fait attention à ne pas venir bousculer quelqu'un d'autre... Cela n'est déjà pas facile à gérer de manière individuelle, alors en groupe ils doivent faire preuve d'un véritable accordage. D'où l'importance de prendre aussi conscience des autres au-delà de soi-même, en ayant une vision de l'espace global et périphérique.

J'ai également accordé un regard sur les différentes coordinations (principalement oculo-manuelles), ainsi que sur les diverses postures adoptées. J'ai pu remarquer que certaines étaient loin d'être antalgiques : une dame épluchait par exemple des pommes de terre sur un plan de travail trop bas, se retrouvant par conséquent avec le dos complètement courbé... Il y avait pourtant une chaise pour qu'elle s'assise tout près d'elle ! Je suis également intervenue régulièrement pour rappeler aux patients de respirer. Cette remarque semble anodine et dérisoire, et pourtant ! Nombre d'entre eux effectuent les activités de découpage, taillage, épluchage, et service en totale apnée, pouvant créer des tensions mais aussi mener rapidement à l'essoufflement. Une dame se plaint pour illustration d'avoir mal au bras en répartissant dans chacun des dix ramequins la salade de fruit... Cela faisait parfaitement écho à la crispation générale qu'elle donnait à voir, respiration bloquée incluse.

Ce fut donc un atelier très riche, dans lequel il serait facile de penser qu'il n'y a pas d'intérêt autre que diététique... Pourtant, il est démontré ici que nous pouvons retrouver des problématiques psychomotrices inhérentes à chaque activité de la vie.

9. Rencontres

Le fonctionnement de l'établissement m'a inquiétée quand au fait de la difficulté pour moi de pouvoir suivre les patients et donc réaliser des études de cas. N'étant présente dans la structure qu'un jour par semaine, je me disais que voir un groupe seulement 3 fois était très peu et je m'interrogeais donc sur la vision d'évolution que je pourrai avoir en un temps si court.

Ces questionnements se sont effacés après 1 mois de stage dans la structure : certes, le temps passé avec chaque groupe est minime, mais je suis impressionnée de voir leur progression flagrante d'une semaine à l'autre.

Il n'est pas tant question de changement physique en lien avec une perte de poids (en seulement 3 semaines, la perte de poids moyenne avoisine les 2-3 kg), mais plutôt d'une prise de conscience menant à un nouveau regard sur soi. J'ai en tête une patiente qui a recommencé à se maquiller en 3ème semaine parce que « maintenant je n'ai plus de raisons de pleurer » ; son cheminement personnel au cours du séjour était tel qu'elle ne craignait plus le regard des autres comme ce pouvait être le cas lors de son arrivée. Elle m'est apparue bien plus apaisée, comme si elle avait enfin eu accès à ce bien-être (ou tout du moins un mieux-être) dont il est fondamentalement question dans la prise en soin pluridisciplinaire proposée par le Centre.

La population reçue est très hétérogène, et en même temps certains points communs peuvent être identifiés : d'une part, nous accueillons beaucoup de personnes âgées (nombre des patients ont plus de 50 ans ; parmi eux, nous retrouvons une grande partie de retraités). Il faut être conscient qu'en plus de la problématique autour du défaut de conscience corporelle lié à l'obésité, ces personnes voient leurs capacités perceptives décliner avec leur âge croissant. D'autres part, j'ai pu me rendre compte qu'une majorité des patients présente des troubles thymiques, certains sont arrivés au « burn-out » de par leur investissement dans le milieu professionnel ; d'autres présentent une déficience intellectuelle ou encore des troubles de la personnalité (schizophrénie).

J'ai choisi de ne pas présenter d'études de cas à proprement parler : avec seulement trois rencontres avec les patients, je n'ai pas jugé cela pertinent.

En revanche, j'ai eu l'opportunité de m'investir plus particulièrement avec un groupe, notamment du fait de ma présence exceptionnelle un mardi lors de leurs entretiens d'admission. Je prends donc le parti de vous faire part de ma rencontre avec les membres de ce groupe, tout en retraçant leur évolution et cheminement individuel. Afin de ne pas rester trop générale, j'essaierai de focaliser ma présentation plus particulièrement sur deux patientes.

Ce groupe a été admis un mardi, au mois de mars. Il est composé de sept patients (3 hommes et quatre femmes), âgés de 37 à 70 ans. En faisant leur admission, j'ai tout de suite pu me rendre compte de ce qu'il me manquait lorsque j'intégrais un groupe pour leur tout premier atelier de psychomotricité du jeudi. En fait, en participant aux entretiens d'admission, j'ai pu prendre conscience de l'importance de la mise en place de l'alliance thérapeutique avec le tissage d'un premier lien de confiance, essentiel pour permettre au patient de comprendre ce vers quoi nous allions tendre en psychomotricité.

Par ce premier contact, nous touchons également du doigt les fragilités des patients, par exemple Mme G. ne pourra retenir ses émotions et se mettra à pleurer lorsque nous aborderons la question de l'image et du regard porté sur soi...

Je n'avais vraiment pas idée, lors de l'atelier « Je prends contact », de tout ce qui avait pu se jouer avant lors de l'admission. Pour ce groupe, cela transforme ma façon d'aborder les patients, puisque je les accueille en ayant déjà un aperçu de la personnalité de chacun.

*** Mme G. (55 ans – 1,60 m – 80,3 kg – IMC 31,4)**

Mme G. est infirmière en psychiatrie adulte (elle a donc déjà entendu parler de psychomotricité, mais ne sait pas trop ce que cela peut lui apporter à elle). Elle est divorcée et mère d'un enfant.

Elle a subi une hystérectomie en 2007, compliquée d'une septicémie. Elle présente une Hyper Tension Artérielle ainsi qu'un Syndrome d'Apnées du Sommeil (appareillé). Sa prise de poids est progressive depuis 20 ans environ (avant elle pesait 47 kg) ; elle pratiquait beaucoup d'activités physiques (athlétisme, ski alpin), qu'elle a du arrêter complètement à 25 ans suite à un accident de la voie publique. Elle a ensuite pris 20 kg à cause d'un traitement pour ses troubles thymiques (théralite), qu'elle a changé depuis un an (lamictal). La psychologue indique que son humeur est à présent stabilisée.

Elle est hyperphage et soumise à des compulsions alimentaires ; elle a déjà eu de nombreuses prises en charge en diététique.

Concernant ses attentes en intégrant le Centre, elle souhaite retrouver une harmonie psycho-corporelle, et affirme vouloir être actrice et s'impliquer dans son séjour.

Lors de son admission, elle confiera au professeur APA vouloir « perdre du poids et retrouver un certain confort physique ». Son objectif dans cette discipline est de « Voir jusqu'où je peux aller », qu'elle évalue actuellement à 4/10.

Pour ce qui est de ses attentes en psychologie, elle souhaite être actrice pour intégrer un nouveau rapport à l'alimentation.

La diététicienne rapporte que Mme G. n'éprouve aucun plaisir à manger seule et se montre très sensible à l'exposition alimentaire. Son alimentation est d'ailleurs déséquilibrée et non structurée, avec des repas régulièrement pris sous forme de grignotage ; elle agit sous le coup de l'impulsivité et semble manger « pour se remplir ». Ses objectifs dans cette discipline sont « Apprendre à laisser dans l'assiette », qu'elle cote pour le moment à 1/10, et « Découvrir mon rassasiement », coté à 2/10.

A propos du bilan psychomoteur que j'ai rédigé à la suite de l'admission : la mobilité de Mme G. est altérée par le surpoids, une dyspnée à l'effort et de nombreuses douleurs (gonalgies bilatérales, dorsalgie et cervicalgie). Les changements de position sont compliqués à cause de ses genoux (elle ne peut pas s'accroupir) ; le relevé du sol est quant à lui possible, avec la mise en place de stratégies. Son équilibre est altéré par les douleurs, et la peur de tomber s'avère particulièrement présente depuis une chute récente (mais pas de risque avéré).

Le plaisir du mouvement est cependant bien présent (pratique le char à voile et se rend à la piscine régulièrement). La capacité de détente est bonne, et Mme G. précise déjà avoir assisté à des séances de sophrologie. Elle confie être stressée et avoir du mal à le gérer ; les sources de stress sont identifiées (mais ne nous les révèle pas). Elle évoque un grand mal-être corporel et le regard porté sur elle est très péjoratif. Elle explique que son « corps l'a malmenée » et avoue de ce fait l'avoir « malmené en retour ».

Elle détermine les objectifs suivants en psychomotricité : « Me sentir mieux dans mon corps et dans ma tête », auto-évalué actuellement à 1/10 ; « Retrouver de la motivation à l'effort » à 4/10 ; et « Apprendre à gérer mon stress » à 2/10.

En introduction du premier atelier, nous demandons aux patients de nous dire ce qu'ils ont retenu de la définition de la psychomotricité lue lors de l'admission. Pour Mme G., ce qu'elle exprime spontanément c'est le fait de pouvoir s'auto-soulager ; c'est également elle qui se rappellera du terme de « bien-être ».

Quand nous leur montrons une technique antalgique pour se lever de la chaise en conscience (en lien avec la respiration), son visage s'illumine ! Elle qui affirmait juste avant que, de toute façon, peut importe la manière de se lever ses douleurs ne disparaîtraient pas, elle s'aperçoit alors que cela est faux et « n'en revient pas ».

Mme G. se montre très intéressée et impliquée pour l'atelier « Je découvre la détente » autour de la méthode Jacobson ; quant à l'atelier proposant une relaxation allongée, elle confie que cela était « super bien ! ». Elle verbalise le fait d'avoir eu l'impression d'être enveloppée de toutes parts (aussi bien psychiquement que physiquement), et ce notamment grâce à la musique et ma voix (j'avais guidé la séance ce jour là). D'autre part, elle était arrivée avec beaucoup d'envie à cet atelier, dans le souhait de poursuivre le travail entamé sur la gestion du stress fait en entretien individuel juste avant cette séance.

En fin de séjour, à l'occasion de la table ronde de sortie, la psychomotricienne demande à Mme G. si elle a observé des changements, ce à quoi elle répond en s'exclamant « Oh que oui, et comment ! ». Sa définition finale de l'écoute du corps est « tenir compte des signes qu'il m'envoie ; réguler mes efforts ; reconnaître et accepter mes limites mais apprécier aussi les évolutions positives ».

A l'arrivée au Centre il y a trois semaines, elle se disait incapable de toute volonté, elle voyait cette hospitalisation comme « un dernier essai » ; à la sortie, elle dit avoir retrouvé une énergie positive, elle se montre pleine d'espoir et a une meilleure estime d'elle-même car elle a pris conscience de ses « capacités positives ».

Lors de cet atelier de « bilan », nous proposons une brève visualisation autour du thème suivant : « Si j'étais un animal, dans la peau de quel animal, est-ce que je me sens à la fin du séjour ? » ; après quelques minutes, nous ajoutons « Toujours autour du même thème, essayez de percevoir désormais dans quelle peau de quel animal, est-ce que je me sentais lors de mon arrivée au Centre ».

Concernant Mme G., elle passe du panda (« lourd » et « qui passe son temps à manger ») au goéland. Pour elle, il s'agit d'une véritable libération, elle confie être « réconciliée avec mon corps », mais reste consciente qu'il s'agit d'un travail « en cours » et qu'il faut cultiver tout ce qui a été appris. Elle s'est libérée de certains freins, en prenant davantage de temps pour elle et moins pour s'occuper des autres. Finalement, elle a changé son regard et confie ne plus appréhender son corps qui l'a tant malmenée, ce qui est synonyme d'acceptation (cela peut être mis en lien avec la perte pondérale et la diminution du tour de taille, de - 4cm). Elle avoue être fière d'elle, et ne culpabilise pas de le penser ni de l'exprimer (contrairement à avant, où elle n'osait pas le dire car cela lui renvoyait l'impression d'être une personne égocentrée) ; cela lui fait même du bien de pouvoir le clamer ! Ce goéland auquel elle s'identifie, c'est aussi l'image de quelqu'un qui « peut aller plus loin ».

Elle écrira dans son questionnaire de sortie qu'elle a pris du plaisir à parvenir à se recentrer sur elle-même, et qu'elle perçoit la disparition de ses tensions internes musculaires. Elle souhaite ritualiser les différentes propositions auxquelles elle a participé (autour de la respiration, des méthodes de relaxation etc) pour qu'elles s'intègrent à sa vie quotidienne et non pas y penser seulement quand cela est trop tard et « que le mal est déjà fait ».

Concernant la réévaluation de ses objectifs : elle cote « Me sentir mieux dans mon corps et dans ma tête » à 9/10 ; « Retrouver de la motivation à l'effort » à 9/10 et « Apprendre à gérer mon stress » à 8/10. Ces notations viennent donc étayer ses progrès et objectivent sa progression !

Pour ce qui est des autres professionnels, elle modifiera son objectif en APA pour un 8/10. Elle dit se sentir en meilleure forme, ce qui est en lien avec un sentiment de compétence en hausse. Elle souhaite poursuivre la marche nordique, le vélo et la natation.

La psychologue fait état d'un bilan du séjour positif ; Mme G. a su différencier la faim de l'envie, et répondre différemment à ses besoins émotionnels. Le fait de se centrer sur elle a été une démarche nouvelle, la « lutte » a laissé place à une flexibilité cognitive. La régulation émotionnelle est désormais plus adaptée, et Mme G. a retrouvé des capacités pour se protéger et mettre de la distance.

Elle indique avoir toujours ses sensations de faim dans la matinée et l'après-midi, mais moins intense. La diététicienne rapporte que le concept de rassasiement a été une découverte et que Mme G. sait à présent mieux le gérer. Elle réévalue les objectifs « Apprendre à laisser dans l'assiette » à 5,5/10 et « Découvrir mon rassasiement » à 7,5/10.

*** Mme M. (37 ans – 1,58 m – 100,9 kg – IMC 40,42)**

Mme M. est chargée de communication en santé (CPAM). Elle présente une obésité morbide, et a subi une cholécystectomie en 2013 (ablation de la vésicule biliaire). Sa prise de poids débute à l'âge adulte (il y a 14 ans, elle pesait 60 kg), dont 17 kg ont été pris lors de sa première année d'activité professionnelle. Elle a enchaîné les régimes, ce qui a causé un effet de yoyo pondéral ascendant.

Concernant ses attentes par rapport au Centre, elle souhaite réamorcer la perte de poids, et inscrire sa démarche dans la durée.

Elle est suivie par le pôle obésité d'une autre région depuis septembre 2016 : elle a perdu du poids au début, puis à tout repris à partir du mois de décembre, à cause du stress professionnel et d'une alimentation déstructurée. Son poids maximal est de 102kg au début de l'année 2017. Suivie par une diététicienne depuis plusieurs mois, Mme M. a malgré tout réussi à modifier sa façon de manger : elle réalise trois repas quotidiens, avec un déjeuner simplifié. Elle peut encore grignoter l'après-midi, mais non sur un mode impulsif ; elle mange plutôt par gourmandise et ne ressent pas forcément la faim ni le rassasiement.

Avec la diététicienne de la structure, elle identifie l'objectif « Renouer avec ses sensations faim et rassasiement », qu'elle auto-évalue pour le moment à 2/10.

Mme M. explique au professeur APA qu'elle se rend sur son lieu de travail en marchant (ce qui équivaut à 30min aller-retour) ; sa motivation pour une activité physique est présente. A propos des objectifs, elle détermine uniquement « Apprendre à utiliser plus facilement le vélo d'appartement avec ma fréquence cardiaque », qu'elle cote à 3/10 actuellement.

Elle peut évoquer avec la psychologue plusieurs événements de vie qui l'ont fragilisée sur le plan émotionnel. Dans ce contexte, Mme M. est en difficulté pour exprimer ses ressentis et compense par des prises alimentaires. Son comportement alimentaire s'inscrit dans la loi du « tout ou rien », c'est pourquoi elle souhaite acquérir ici une certaine stabilité. L'image d'elle est dégradée et sa confiance altérée ; elle exprime d'ailleurs un sentiment de servitude dans les relations interpersonnelles. D'autre part, son humeur paraît fragile.

Elle fixera les objectifs suivants : « Mieux comprendre mon rapport à l'alimentation », coté à 5/10 ; et « mieux réguler mes émotions / stabiliser la charge émotionnelle » à 3/10.

Concernant le bilan en psychomotricité : sa mobilité est préservée, elle semble juste légèrement limitée par une dyspnée à l'effort (avec asthme allergique aux pollens), et la présence de gonalgies. Les transferts sont difficiles, elle a besoin d'un appui pour se relever du sol. Son équilibre est quant à lui instable, elle affirme tomber ou trébucher très régulièrement ; ses chevilles sont fragiles (d'où un travail en micro-kiné) et elle évoque certainement un problème de concentration avec une fatigue associée. Nous estimons donc que le risque de chute est avéré.

Depuis que son syndrome d'apnées du sommeil est appareillé, Mme M. perçoit une amélioration de sa fatigue journalière ainsi qu'une diminution des chutes. Elle se dit très stressée, avec des causes professionnelles identifiées. Son mal-être est lié à un manque d'aisance corporelle, et elle qualifie son image de « difficile ».

Elle identifie les objectifs suivants : « Me sentir mieux dans ma tête et mon corps » à 4/10 ; « Gérer mon stress pour accéder à un mieux-être (détente) » à 2/10 ; « Mieux accepter mon corps et mon image » à 4/10. Elle souhaite également apprendre à se relever du sol.

Ce dont elle se souvient de la définition de la psychomotricité, lors du premier atelier, c'est « retrouver une harmonie corps-esprit ». Pour elle aussi l'initiation aux postures antalgiques est une grande découverte, elle se montre très intéressée et attentive.

La méthode Jacobson lui plaît énormément, elle est très réceptive et verbalise à la fin qu'elle se sent « en place », comme si « toutes les petites briques de Lego étaient imbriquées là où il faut ». Cela témoigne d'une harmonisation des sensations corporelles, en lien avec l'accès à un certain bien-être.

De même pour la relaxation allongée : elle dit avoir eu de bonnes sensations (« j'étais bien »), et prend conscience de l'état entre la veille et le sommeil dans lequel elle se trouvait en expliquant qu'elle n'entendait pas toutes les propositions (« on prend ce qu'on a envie de prendre »). Elle plaisante aussi en faisant le parallèle avec ce qu'elle peut percevoir lorsqu'elle fait « la planche dans l'eau », c'est-à-dire faire le vide dans ses pensées, se concentrer sur sa respiration et se détendre. Elle indique qu'après son passage près d'elle pour effectuer les mobilisations passives au niveau des pieds, les sensations de vibrations ont perduré pendant de longues minutes (et ce malgré son absence).

Grâce au questionnaire de sortie et à la table ronde de fin de séjour en psychomotricité, nous comprenons que, pour Mme M., écouter ses sensations signifie « se retrouver », « être en accord avec soi-même » et « prendre soin de soi ». A son arrivée il y a trois semaines, elle se voyait comme « ma pire ennemie », « une obèse fragile ». Désormais, elle se perçoit comme « ma meilleure alliée », « une femme pleine de ressources ».

Après les visualisations autour des animaux, elle dit être passée du « chat raide, qui ne fait pas grand chose », à un chat « qui s'étire, respire et peut se détendre ». Elle a retrouvé du bien-être et a appris à s'écouter ; elle se « sent mieux dans son corps ». Pour illustration, elle confie qu'avant elle allait marcher avec de la musique dans les oreilles et, qu'à présent, elle n'en a plus besoin puisqu'elle préfère écouter ses signes corporels (dont elle avait l'habitude de se couper). Elle a appris à gérer ses efforts et ses émotions grâce à la respiration et les propositions autour de la pleine conscience (« maintenant je me pose et je me demande si ce que je ressens c'est vraiment de la faim »). Elle dit utiliser la méthode Jacobson régulièrement car cela lui convient parfaitement pour accéder facilement à la détente.

Elle analyse que, du fait du bien-être et des sensations agréables perçus corporellement, le mental est aussi réévalué positivement. Elle témoigne d'une harmonie globale et confie être « en accord avec moi-même ».

Enfin, Mme M. a trouvé des techniques antalgiques et le relevé du sol est désormais acquis et maîtrisé.

A propos de ses objectifs, elle les réévalue de la façon suivante : « Me sentir mieux dans ma tête et mon corps » à 9/10 ; « Gérer mon stress pour accéder à un mieux-être (détente) » à 9/10 ; et « Mieux accepter mon corps et mon image » à 8/10.

Concernant ses autres prises en charge au sein du Centre : Mme M. confie au professeur APA se sentir en meilleure forme, en lien avec l'amélioration de sa condition physique (plus endurante, plus de souplesse). Le plaisir à la pratique est donc bien présent, avec une assurance retrouvée. Elle souhaite poursuivre la marche nordique, la natation, les étirements ainsi que le vélo d'appartement. La motivation de Mme M. est indéniable, corrélée à un sentiment de compétence en hausse.

Pour ce qui est de son objectif « Apprendre à utiliser plus facilement le vélo d'appartement avec ma fréquence cardiaque », elle le note à présent à 10/10.

La psychologue rapporte le fait que Mme M. a pu verbaliser certains éléments à l'origine de tensions émotionnelles. Elle a également pu se confronter à des situations en collectivité de façon adaptée et affirmée, sans évitement. Elle est invitée à réfléchir sur un possible suivi psychologique à son retour, afin de confirmer son travail effectué au Centre.

L'infirmière évoque Mme M. comme une patiente très satisfaite de son séjour, avec bonne adhésion au programme d'éducation thérapeutique. Sa perte de poids est de 2,8 kg et son tour de taille a diminué de 4 cm.

Pour la diététicienne, l'écoute des sensations (particulièrement concernant le rassasiement) est encore partielle. Mme M. envisage de continuer à manger plus lentement et de revoir la structure des repas pour approfondir le ressenti de ses signaux. Elle exprime des craintes au niveau organisationnel (horaire du dîner quelques fois tardif en lien avec le travail) ; mais après discussion, elle conçoit à le préparer à l'avance et le manger soit entre deux réunions, soit en rentrant chez elle.

Elle réévalue son objectif « Renouer avec ses sensations faim et rassasiement » à 8/10.

Mme G. et Mme M. se trouvaient dans un groupe très dynamique, avec beaucoup de réflexions et intégrant rapidement ce que nous voulions leur apporter. J'ai apprécié travailler à leurs côtés, tous étaient sympathiques et s'engageaient dans l'atelier proposé.

Tous, sauf Monsieur P., qui a passé la majeure partie du temps de l'atelier « Je prends contact avec mon corps » à discuter avec Monsieur R., et qui n'est plus venu à aucune autre des séances de psychomotricité ensuite. Lorsque nous nous apercevons de son absence à l'atelier suivant, ces camarades rapportent le fait qu'il n'adhère pas à notre travail. En échangeant avec les autres professionnels, nous réalisons que Monsieur P. semble hermétique à tout ce qui touche au vécu corporel, et ne se montre pas encore prêt à faire un travail sur l'écoute de ses ressentis.

Dans l'ensemble, la progression de chaque membre du groupe est flagrante. Le respect des limites, ou la gestion d'un inconfort, n'est pas encore automatique pour tous en fin de deuxième semaine (Monsieur R. préfère par exemple « se débrouiller » et n'a pas osé se lever pendant la relaxation allongée malgré l'apparition de douleurs), mais les notions autour de la conscience de soi et de ce qui fait du bien commencent progressivement à s'intégrer.

En table ronde de sortie, tous prennent conscience de l'incroyable chemin parcouru, et réalisent combien le bilan de séjour est positif. Pour illustration, si nous reprenons ce qui a pu être dit à la suite des visualisations, Mme H. se transforme d'un « agneau fragile » vers « un lion qui a de la force et pleins d'outils pour avancer ». Elle confie avoir une meilleure respiration, être en conséquence « moins essoufflée pour un rien », et donc réussir de nouveau à monter les escaliers, ce dont elle est très fière.

Nous leur faisons alors réaliser qu'à partir de la conscience et l'écoute de soi, les douleurs peuvent par exemple diminuer, influant sur une amélioration de la fatigue puis une réévaluation du moral à la hausse ; à terme, tout cela mène à ce fameux bien-être tant espéré.

CONCLUSION

« Ça fait tellement de bien que ça remplacerait un carré de chocolat ! »

Ces paroles, prononcées après la relaxation guidée en position allongée, illustrent parfaitement qu'en faisant le plein de bien-être, le patient n'a plus besoin de se « remplir » par le biais d'un comportement alimentaire inadapté. Il n'est plus nécessaire pour lui de chercher du plaisir et du confort dans la nourriture, puisque désormais il a découvert d'autres moyens d'y parvenir.

Récemment, une dame m'a interpellé dans un des couloirs du Centre, et m'a confié ceci : « Vous savez, au début j'étais sceptique vis-à-vis de la psychomotricité, je me demandais bien à quoi cela pourrait me servir. Aujourd'hui, je peux affirmer que c'est ce qui m'a fait le plus de bien ».

Cela n'a fait que renforcer davantage ma conviction concernant la légitimité de notre approche dans la prise en soin pluridisciplinaire de la personne en situation d'obésité. En intégrant cette structure, les patients réalisent combien leur bien-être est finalement dépendant de multiples facteurs, autres qu'un simple chiffre sur une balance.

Par un travail sur la conscience corporelle, nous incitons le patient à réévaluer ce dont il a besoin pour aller mieux. Bien-sûr, la perte pondérale peut favoriser la diminution des douleurs ou encore l'aisance dans les diverses activités physiques ; mais prendre conscience de ses ressentis, ne plus mettre ses sensations sous silence, c'est renouer avec soi-même et savoir finalement agir dans son intérêt.

« La psychomotricité est un point de vue sur l'humain »

Si j'en crois cette définition de F. GIROMINI, alors travailler *via* la conscience corporelle, c'est finalement s'intéresser au sujet en tant que tel plutôt qu'à l'obésité. A l'heure actuelle, il n'y a pas de traitement médicamenteux véritable pour guérir de cette maladie, mais cela ne veut pas dire pour autant que nous ne pouvons rien faire pour soulager les personnes en situation d'obésité.

Cela ne signifie pas non plus que la seule solution pour obtenir un résultat « rapide et durable » soit de recourir à la chirurgie. J'espère avoir pu montrer ici que, pour initier un changement sur la façon dont la personne se comporte, il faut qu'elle soit actrice et non pas spectatrice ou soumise à des directives auxquelles elle n'adhère pas. Pour tendre vers le réinvestissement d'une corporéité désengagée, il est nécessaire que le patient expérimente par lui-même et s'aperçoive de tout ce qu'il y a de positif à reprendre contact avec ses sensations.

C'est en faisant un véritable travail sur eux-mêmes que les patients ont le plus de chances d'obtenir des résultats au long court.

C'est en vivant chacune de nos propositions par eux-mêmes qu'ils peuvent déterminer ce qui leur convient le mieux et l'appliquer de nouveau en toute autonomie.

Les patients subissant une chirurgie bariatrique n'ont pas effectué tout ce travail de recherche et d'expérimentation autour de leurs ressentis. Ils maigrissent « d'un coup », sans avoir été acteurs de cette transformation. Voilà pourquoi, à mon sens, notre travail ne s'arrête pas uniquement au patient obèse qui souhaite maigrir ; mais s'étend aussi à celui qui a maigri trop vite et se retrouve avec des repères entièrement bouleversés.

BIBLIOGRAPHIE

Citation en lère de couverture : Obélix, dans Le Tour de Gaule d'Astérix, A. UDERZO & R. GOSCINNY (1965)

- (1) ANDRIEU B. (2009/1), « Entretien avec Richard Shusterman », *Corps* n° 6, p. 5-10
- (2) ANZIEU D. (1985, 2ème éd. 1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod
- (3) APFELDORFER G. (1994), *Traité de l'alimentation et du corps*, Paris, Flammarion
- (4) BERTRAND I. (2015), *Pratique d'infirmière clinicienne et obésité. Étude de deux pratiques d'infirmière clinicienne sur la relation à soi du patient obèse, suivi en service de Nutrition Clinique*, Thèse de doctorat pour l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales, Université Fernando Pessoa
- (5) BRUCH H. (1975), *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*, Paris, Payot
- (6) CARRARD I., REINER M., HAENNI C. & Al. (2012), « Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité », *EMC – Endocrinologie-Nutrition* ; Volume 9 (n°3), p. 1-9
- (7) COSTANTINO C. (2011/1), « Introduction », *Clinique* n°1, p. 10-16
- (8) DAMASIO A. R. (1999), *Le sentiment même de soi - Corps, émotions, conscience*, Paris, Éditions Odile Jacob
- (9) De VIGNEMONT F. (2010), « Body schema and body image – Pros and cons », *Neuropsychologia* n°48, p. 669-680
- (10) DELACROIX J.-M. (2015/2), « Le pouvoir de la conscience dans le processus thérapeutique », *Gestalt* n° 47, p. 133-148
- (11) DESPRATS-PEQUIGNOT C. (2008/3), « D'obésité en performances de corps », *Champ psychosomatique* n° 51, p. 43-56.
- (12) DUBERN B. (2014), « Chirurgie bariatrique : enjeux et limites chez l'adolescent obèse », *Obésité*, Volume 9, Issue 1, p. 3-7
- (13) GARCIA L. (2007), « Le poids du corps : intérêt d'un travail corporel chez les sujets obèses », Mémoire de fin d'études, Université de Bordeaux Segalen
- (14) GAUMET S. (2013), « "Une activité physique ? ... En suis-je capable ?" : expérience en HDJ "activités physiques" : et si la psychomotricité pouvait aider la personne obèse dans la (re)mobilisation de son corps ? », Mémoire de fin d'études, Sorbonne Universités
- (15) GAUMET S. (2014), *Approche psychomotrice de la personne obèse*, Paris, de Boeck & Solal

- (16) GIROMINI F., ALBARET J.-M., SCIALOM P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques*, Paris, de Boeck & Solal
- (17) GRANDAZZI M.-H. (2005/2), « L'expérience d'une équipe pluridisciplinaire dans un centre de moyen séjour », *Enfances & Psy* n°27, p. 71-75
- (18) GRANGEARD C., De SAINT POL T., LAURU D. & Al. (2013/10), « Dossier : L'obésité, une expression corporelle ? », *Le Journal des psychologues* n°311, p. 14-49
- (19) Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) – <http://www.gros.fr>
- (20) LATOUR A.-M. (2015), L'enveloppe et l'hypothèse psychomotrice ; l'enjeu du tonico-émotionnel, Journée d'Étude « Psychomot 86 », Poitiers
- (21) LATOUR A.-M. (2016), Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs, *Thérapie Psychomotrice – et Recherches –* n°181
- (22) LE FOURN J.-Y. (2005/2), « François Rabelais ou l'apologie du trop », *Enfances & Psy* n°27, p. 114-118
- (23) LE FOURN M., (2013/2), « La rencontre de l'aliment, aliment de rencontre et représentations : comment questionner la construction du moi au travers de l'alimentation », *Cliniques* n°6, p. 205-214
- (24) LE RUN J.-L. (2005/2), « Trop de poids, pas assez de quoi ? », *Enfances & Psy* n°27, p. 119-126
- (25) LECERF J.-M. (2013), Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ? *Nutrition clinique et métabolisme* n°27, p. 74-81
- (26) MATTA J., ZINS M. & Al. (25 oct 2016), « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* n°35-36, Santé Publique France
- (27) MICHEL-CHALOPIN E. (2014), « Je suis trop lourde... Ne me laisse pas tomber ! Le portage, médiation psychocorporelle dans la clinique de l'obésité infantile. », Mémoire de fin d'études, Université de Paris VI Pierre et Marie Curie
- (28) NASIO J.-D. (2007), *Mon Corps et ses images. Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !*, Paris, Éditions Payot & Rivages
- (29) PEUTEUIL P. (2014), *Les corps malmenés – Anorexie, boulimie, obésité –*, Paris, Éditions Armand Colin
- (30) PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod
- (31) POTEL C. (2006, 2ème éd. 2012), *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?* Paris, Éditions Éres

- (32) POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris, Éditions Éres
- (33) ROTHOT & MONTAGNER (2012), « Le patient obèse est-il responsable ? Aider au cheminement de la culpabilité au vivre-avec la maladie », *Obésité*, Vol. 7, Issue 4, p. 228-233
- (34) SANAHUJA A. & CUYNET P. (2011/2), « L'image du corps chez l'adolescente obèse », *Perspectives Psy*, Volume 50, p. 117-127
- (35) SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal
- (36) SECHAUD E. (2008), « Didier Anzieu : penser les pensées », dans Didier Anzieu & Al., *Didier Anzieu : le Moi-Peau et la psychanalyse des limites*, ERES, « Le Carnet psy », p.11-30
- (37) Synthèse des recommandations de bonne pratique « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », Janvier 2009
Haute Autorité de Santé (HAS) – <http://www.has-sante.fr>
- (38) VIDEAU J. (2013), *Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur*, Mémoire de fin d'études, Université de Bordeaux Segalen
- (39) WAYSFELD B. (2003, 2ème éd. 2014), *Le poids et le moi*, Paris, Éditions Armand Colin
- (40) ZERMATI J.-P., APFELDORFER G., WAYSFELD B. (2010), *Traiter l'obésité et le surpoids*, Paris, Éditions Odile Jacob

Références des citations

I. 1) Point de vue biologique

CANGUILHEM G. (1943), *Le normal et le pathologique*

I. 1) 4) L'acte de manger et Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

THELOT J. (2005), *Au commencement était la faim : Traité de l'intraitable*

I. 1) 6) 2) Étiologie multifactorielle

GRANGEARD C. (2012), *Comprendre l'obésité, une question de personne, un problème de société*

I. 1) 7) Comorbidités et notion de handicap au quotidien

CONNOLLY C. (1945), *The Unquiet Grave*

I. 1) 8) L'espoir des régimes & l'effet yo-yo

CAROLL L. (1865), *Alice au pays des merveilles*

- I. 1) 9) Le développement de la chirurgie bariatrique
LEIRIS M. (1985), *Langage Tangage ou Ce que les mots me disent*
- I. 2) Approche psycho-sociale
BRILLAT-SAVARIN J.-A. (1825), *Physiologie du Goût, ou Méditations de Gastronomie Transcendante*
- I. 2) 2) Vers des bénéfices liés à l'obésité
WAYSFELD B. (2014), *Le poids et le moi*
- I. 2) 3) Influence des émotions sur l'acte de manger
LATOURE A.-M. (2015), *L'enveloppe et l'hypothèse psychomotrice*
- I. 2) 4) Qu'en est-il du sentiment...
D. BOURQUE (2010), dans. ZERMATI J.-P., APFELDORFER G., WAYSFELD B. (dir.), *Traiter l'obésité et le surpoids*
- II. 1) Qu'en est-il de cette conscience du corps chez la personne en situation d'obésité ?
DAMASIO A. R. (1999), *Le sentiment même de soi – Corps, émotions, conscience*
- II. 1) 2) Notion d'enveloppes
VALERY P. (1931), *L'idée fixe*, La pléiade, Œuvre II
- II. 1) 5) 4) Quand la douleur s'en mêle...
ANZIEU D. (1985, 2ème éd. 1995), *Le Moi-peau*
- II. 1) 6) Quand « être conscient » ne suffit pas...
APFELDORFER G. (2008/1), Le corps comme icône en souffrance, *Corps*, n°4
- II. 2) 3) L'inscription dans le temps et l'espace de la personne en situation d'obésité
WAYSFELD B. (2ème éd. 2014), *Le poids et le moi*
- III. 3) L'alliance thérapeutique
ELUARD P. (1932), Nuits Partagées, extrait de *La Vie immédiate*
- III. 4) Particularités de la prise en charge groupale
LATOURE A.-M. (2016), *Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs*
- III. 5) Recours à la prise en soin individuelle
CAMUS A. (1954), *L'été*
- III. 7) Gros plan sur les séances en psychomotricité
VOLTAIRE (1759), *Candide ou l'Optimisme*
- III. 7) 2) 2) La relaxation
DAMASIO A. R. (1999), *Le sentiment même de soi – Corps, émotions, conscience*
BECK B. (1984), *L'enfant-chat*

ANNEXES

1) Étude ObÉpi (2012) : répartition de la population en fonction de son poids

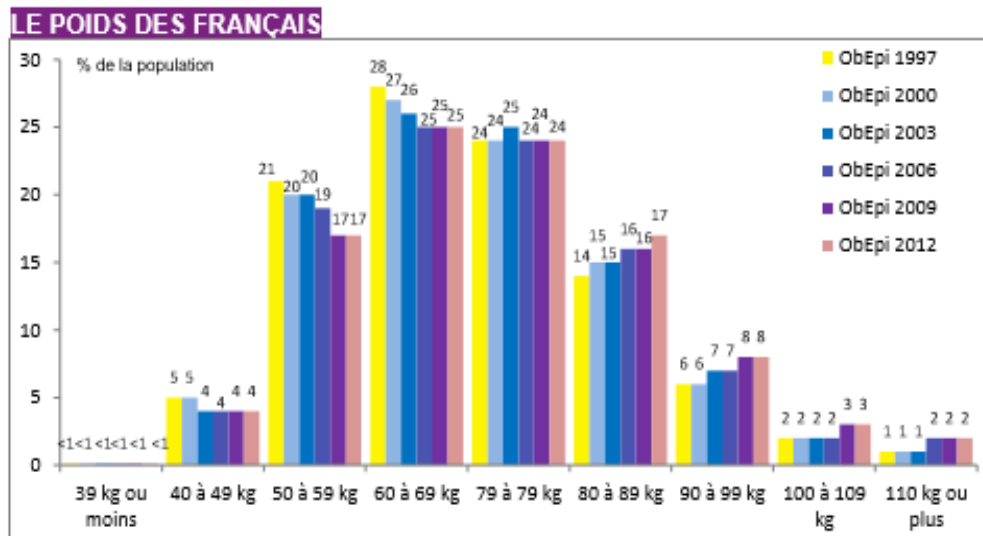


Figure 10 : Répartition de la population en fonction de son poids

2) Étude ObÉpi (2012) : répartition des niveaux d'IMC par tranche d'âge

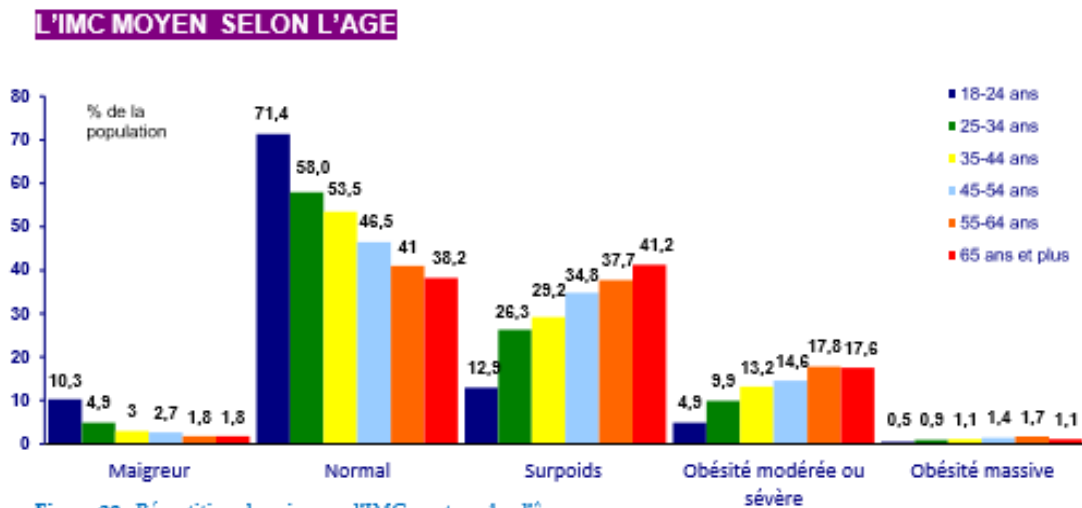
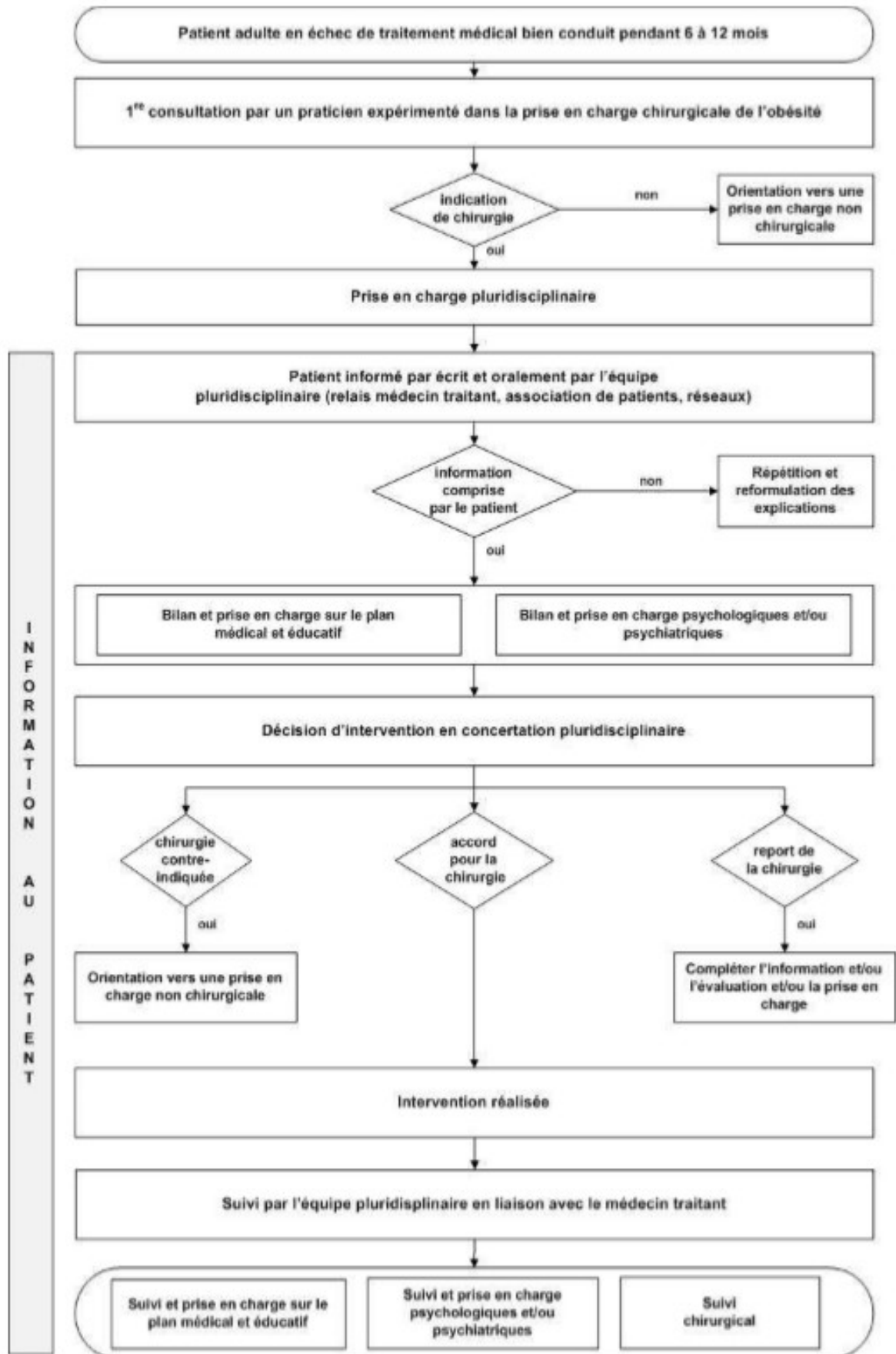


Figure 20 : Répartition des niveaux d'IMC par tranche d'âge

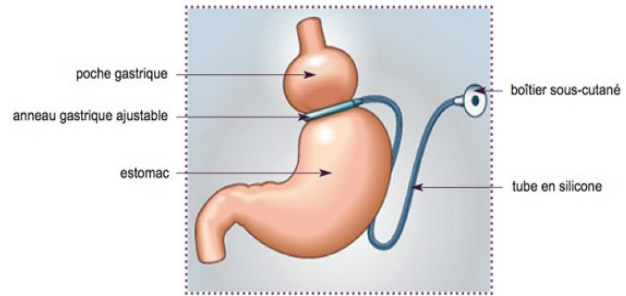
L'IMC moyen augmente régulièrement avec l'âge passant en 2012 de $22,4 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$ pour les 18-24 ans à $26,5 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$ après 65 ans.

3) Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique - Haute Autorité de Santé

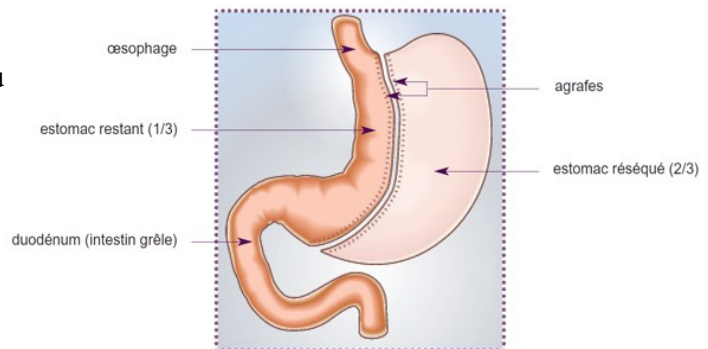


4) Techniques principales utilisées en chirurgie bariatrique

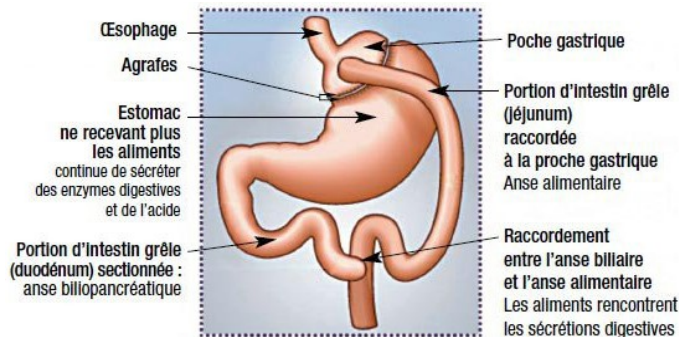
- La gastroplastie par anneau modulable



- La « sleeve gastrectomie » ou gastroplastie longitudinale



- Le « by-pass gastrique »



- La dérivation bilio-pancréatique



TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
I. Points théoriques et concepts clés à propos de l'obésité _____	8
1) Point de vue biologique	8
1. 1. Définitions	8
1. 2. Les principaux indicateurs pour détecter l'obésité	9
1. 2. 1. L'IMC : Indice de Masse Corporelle	9
1. 2. 2. L'absorptiométrie biphotonique (méthode DEXA)	9
1. 2. 3. L'impédancemétrie	10
1. 2. 4. Le tour de taille en rapport avec le tour de hanche	10
1. 3. Données statistiques	10
1. 4. Le comportement Alimentaire	11
* L'acte de manger	11
* Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)	13
1. 5. Les différents types d'obésités	14
1. 5. 1. En fonction de leurs modes d'apparition	14
* L'obésité constitutionnelle	14
* L'obésité réactionnelle	14
* L'obésité acquise	14
1. 5. 2. En fonction de la répartition de la masse grasse	15
* Androïde	15
* Gynoïde	15
1. 6. Les différentes étiologies	15
1. 6. 1. Déséquilibre de la balance énergétique	15
1. 6. 2. Étiologie multifactorielle	16
* Génétique	16
* Environnement	17
* Psychologie	18
* Conséquence de problèmes médicaux	20
1. 7. Comorbidités et notion de handicap au quotidien	21
1. 8. L'espoir des régimes et l'effet yo-yo	22
1. 9. Le développement de la chirurgie bariatrique	24
1. 9. 1. Définitions & Épidémiologie	24
1. 9. 2. Décision pluridisciplinaire	24
1. 9. 3. Conditions nécessaires à l'admissibilité & Contre-indications	24
1. 9. 4. Techniques principales & Suivi	25
	98

2) Point de vue psycho-social	26
2. 1. Stéréotypes et barrières imposées par la société	26
2. 2. Vers des bénéfices secondaires liés à l'obésité	27
2. 3. Influence des émotions sur l'acte de manger	28
2. 4. Qu'en est-il du sentiment... ..	30
2. 4. 1. De responsabilité & culpabilité ?	30
2. 4. 2. De volonté ?	31
2. 4. 3. D'estime de soi ?	31

II. La conscience corporelle ? Regard spécifique en psychomotricité _____ **33**

1) Qu'en est-il de cette conscience de soi chez

la personne en situation d'obésité ?

1.1. Schéma corporel & Image du corps	34
* Point de vue psychanalytique	35
* Approche scientifique	37
* Et en psychomotricité ?	38
1. 2. Obésité & Image du corps... Toute une histoire	40
1. 3. Notion d'enveloppes	41
1. 2. 1. Moi-Peau	41
1. 2. 2. Moi-Graisse	43
1. 4. Obésité & sexualité	43
1. 5. Distinction des sensations... Enjeu majeur chez la personne obèse	44
1. 5. 1. Sensations & Perceptions	44
1. 5. 2. Que se passe-t-il chez la personne en situation d'obésité ?	46
1. 5. 3. Quelques théories explicatives	46
1. 5. 4. Quand la douleur s'en mêle... ..	47
1. 6. Quand « être conscient » ne suffit pas... ..	48
1. 6. 1. Comprendre ce qui parvient à la conscience	49
1. 6. 2. Analyser ses perceptions et répondre en conséquence	49

2) Pertinence de l'approche psychomotrice

2. 1. Le psychomotricien est un « spécialiste du corps » (C. POTEL)	51
2. 2. Bilan psychomoteur & Obésité	52
2. 3. L'inscription dans le temps et l'espace de la personne en situation d'obésité	57
2. 4. Quand l'alexithymie prend le pas... ..	60
2. 4. 1. Définitions	60
2. 4. 2. Sortir de la dictature du langage ... Pour trouver ses propres mots	61
2. 4. 3. Accompagner le patient vers l'écoute de ses ressentis	61

III. Expérience Clinique	62
1. Le Centre de l'Obésité	62
1. 1. Présentation de l'établissement	62
1. 2. Déroulement & Organisation du séjour	62
2. L'Éducation Thérapeutique du Patient	63
2. 1. Principes généraux	63
2. 2. L'union fait la force : l'équipe pluridisciplinaire au cœur de la prise en soin	64
3. L'alliance thérapeutique	65
4. Particularités de la prise en charge groupale	67
5. Recours à la prise en soin individuelle	68
6. Les ateliers & conférences proposés	70
7. Gros plan sur les séances en psychomotricité	73
7. 1. Les compétences que nous cherchons à transmettre aux patients ...	72
7. 2. Les médiations	74
7. 2. 1. Qu'est-ce que c'est ? A quoi servent-elles ?	74
7. 2. 2. La relaxation	75
* Quelles sont les différentes méthodes abordées au cours des ateliers	75
* La respiration, outil fondamental	77
7. 2. 3. « Je bouge mon corps en douceur et en musique »	79
8. Exemples d'ateliers en balnéothérapie et cuisine thérapeutique : mon regard de future psychomotricienne	81
9. Rencontres	84
 CONCLUSION	 90
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	95
TABLES DES MATIERES	98