

Représentation du corps et obésité : apport de la psychomotricité

Jessica Mou

▶ **To cite this version:**

Jessica Mou. Représentation du corps et obésité : apport de la psychomotricité. Psychologie. 2018. dumas-01838762

HAL Id: dumas-01838762

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838762

Submitted on 13 Jul 2018

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

« Regards croisés à travers le prisme de l'obésité »

Représentation du corps et obésité : apport de la psychomotricité

MOU Jessica

Née le 18/05/1995 à Papeete (987)

Directeur de mémoire : **Mme Floriane Dansot**

Session Juin 2018

Remerciements

En premier lieu, je remercie particulièrement madame Floriane DANSOT, ma directrice de mémoire. Son écoute, ses conseils et son soutien m'ont beaucoup aidé dans ce travail de rédaction. Elle a su étayer ma réflexion et m'accompagner dans un cheminement personnel.

Un grand merci à…

Madame Isabelle MARCOS, qui n'a jamais cessé de m'encourager et me rassurer. Je lui suis reconnaissante de m'avoir ouvert l'esprit. Elle a su m'écouter et m'aider à prendre confiance en moi.

Madame le docteur Maud MONSAINGEON, qui m'a conseillé et apporté un regard médical sur l'obésité. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

L'ensemble des patients qui m'ont accordé leur confiance, avec qui la pratique ne serait pas réalisable.

L'équipe pluridisciplinaire du Centre, pour sa disponibilité, son accueil et sa bienveillance. Elle m'a permis d'éclaircir mes questionnements et d'apprécier la complémentarité du travail en équipe.

Tous mes professeurs pour leurs enseignements.

Virginie COURAU, pour ses encouragements, conseils et sa bonne humeur.

Catherine et Bruno CHARRIER pour leur présence et leur soutien tout au long de mes études.

Mon chéri, pour son réconfort, sa gentillesse, son aide apportée à ce travail, ainsi que pour m'avoir supportée ces derniers mois, riches en émotion.

Mon papa pour m'avoir transmis sa détermination.

Ma maman qui a toujours cru en moi et qui a su me porter tout au long de mon cursus scolaire.

Ma sœur qui a su me faire rire et me soutenir, mon beau-père et ma famille pour leur intérêt à mes études.

Mon grand-oncle Pierre CHENU pour sa relecture et son intérêt à mon écrit.

Milan pour les moments d'échanges et délires.

Mes amis, qui ont toujours cru en moi et avec qui j'ai pu partager mes angoisses et hésitations.
Un grand merci à Mégane TAUZIEDE, diplômée l'an passé pour sa bienveillance, ses conseils et pour son investissement dans la relecture et la compréhension de mon écrit.

Avant-propos

Polynésie Française, mon île natale, surtout connue pour ses plages magnifiques, ses lagons couleur turquoise, sa chaleur tropicale…etc. Cela fait penser aux belles filles aux cheveux chatoyants et aux hommes bien musclés. On imagine une alimentation constituée de poissons, de crustacées, de fruits tropicaux, légumes…Cependant, l'envers du décor révèle des problématiques inquiétantes. Une parmi tant d'autres, celle de l'obésité. En effet, la Polynésie se place en tête de liste dans le classement du plus grand nombre d'obèses par habitant[1]. Actuellement d'après les chiffres 7 polynésiens sur 10 sont en surpoids et 40% sont obèses. Bien que cette pathologie ait des conséquences sur la santé et un impact sur le bien-être, elle implique d'énormes coûts économiques.

Ces chiffres sont alarmants mais le problème de l'obésité ne s'arrête pas là, il est également présent en France et se répand mondialement. C'est un fléau majeur de santé publique. Décryptons le…

[1] Selon une étude publiée dans la revue médicale britannique The Lancet

Sommaire

AVANT-PROPOS **3**

INTRODUCTION **5**

I) QU'EST-CE QUE L'OBESITE ? **7**

1) GENERALITES 7
1.1. Définition et particularités *7*
1.2. Étiologie *11*
1.3. Les conséquences *20*
2) OBESITE ET SES REPRESENTATIONS 25
2.1. Image de l'obésité dans l'histoire *25*
2.2. Obésité une problématique sociétale *27*

II) REPRESENTATION CORPORELLE **29**

1) IMAGE DU CORPS & SCHEMA CORPOREL : APPROCHES PLURIELLES 30
1.1. Apport de la phénoménologie *30*
1.2. Apport de la psychanalyse *33*
1.3. Apport de la neuropsychologie *34*
1.4. Point de vue de la psychomotricité *36*
2) INTEGRATION SENSORIELLE ET REPRESENTATION CORPORELLE : UN ECHANGE PERPETUEL 40
2.1. Sensations, perceptions et représentations *40*
2.2. De la représentation vers une conscience corporelle *42*
3) QU'EN EST -IL DE LA REPRESENTATION CORPORELLE CHEZ LA PERSONNE OBESE ? 43
3.1. Image du corps & schéma corporel *43*
3.2. Concept d'enveloppes *47*
3.3. Représentation de soi *50*

III) EXPERIENCE CLINIQUE **55**

1) PRESENTATION DU CENTRE SPECIALISE OBESITE (CSO) 55
1.1. Généralités *55*
1.2. Présentation de la structure *56*
1.3. Présentation des objectifs du stage expérimental *60*
2) ÉTUDES DE CAS 70
2.1. Cas de Mme R. *70*
2.2. Cas de Mme N. et Mme C. *77*
3) REFLEXIONS ET PERSPECTIVES 82
3.1. Bilans et compétences psychomotrices *82*
3.2. Compétences du psychomotricien *89*
3.3. Limites du stage et perspectives *89*

CONCLUSION **93**

BIBLIOGRAPHIE **94**

ANNEXES **100**

TABLE DES MATIERES **107**

Introduction

La société actuelle vante l'image de « canons » de beauté modelés par la minceur. Les médias ne font qu'accentuer l'image de corps idéalisé. Ce corps svelte semble représenter une conquête personnelle et un rempart symbolique de réussite sociale. Malgré les campagnes d'informations nutritionnelles, malgré la baisse du taux de matières grasses dans l'alimentation, l'expansion de produits allégés, et bien qu'il y ait une pratique de régime assidue, l'obésité ne cesse de prendre de l'ampleur. Manger devient un problème d'envergure. L'alimentation et la pratique d'activité physique sont au cœur des débats politiques ainsi que dans les médias. Le slogan de santé publique « Manger moins, bouger plus », « manger cinq fruits et légumes par jours » est mis en avant quand il s'agit de perdre du poids.

Concrètement dans le monde, le nombre de cas d'obésité a quasiment triplé depuis 1975. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (42), en 2016 le nombre de sujets en surpoids représentait plus de 1,9 milliard d'adultes, soit 39% de plus de 18 ans. Sur ce total, plus de **650 millions** étaient obèses, soit 13%.

Actuellement l'obésité et le surpoids, ne concernent pas seulement les États-Unis. Un tel problème de santé publique continue de progresser en France (soit une augmentation de 5% par an depuis 1997). Selon l'enquête ObEpi[2] 2012 (41), effectuée pour l'Institut Roche de l'Obésité et avec la collaboration de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la France compte 15% d'adultes obèses (soit environ 6,9 millions). L'obésité s'élève au rang d'épidémie mondiale et devient un enjeu majeur de santé publique.

L'obésité abrège également l'espérance de vie. Elle est considérée comme la cinquième cause de mortalité dans le monde. Les différentes définitions s'accordent à dire que l'obésité est une maladie chronique correspondant à un excès de matières grasses (déséquilibre énergétique) qui entraine de nombreuses conséquences pour la santé.

Les moyens de remédier à cette pathologie se sont multipliés. Dans un objectif de perte de poids durable, la modification de mesures hygiéno-diététiques (reconsidération de l'alimentation et de l'activité physique) est indispensable. D'autres alternatives plus techniques et médicales, telle que chirurgie bariatrique, peuvent aider à perdre du poids (intervention chirurgicale que je définirai par la suite).

Comment sont perçus et représentés les changements corporels et physiologiques occasionnés par la perte de poids ? Quelle relation la personne atteinte d'obésité entretient-elle avec son corps et avec autrui ?

[2] L'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. (voir annexe 1, 2 et 3)

A partir de mon stage expérimental dans un centre d'obésité, j'ai observé des patients adultes en situation d'obésité en cours de prise en soin, et des patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale. J'ai également pu recueillir le témoignage de patients au sein d'une association de patients post opérés. Malgré cette perte de poids, une discordance entre leur image corporelle et leur image réelle propre est percevable.

Pourquoi la plupart des patients obèses dans une dynamique de perte pondérale, n'arrivent-ils pas à se représenter leur corps actuel ? Est- ce lié à une problématique de conscience corporelle, sont-ils influencés par leur corps en surpoids ?

La représentation corporelle est au cœur du métier de psychomotricien car elle fait intervenir l'unité du corps et de la psyché. Face aux remaniements physiques et psychologiques qu'occasionne l'obésité, mes interrogations m'ont amenée à aborder la problématique suivante : **pourquoi les patients ayant des problèmes d'obésité éprouvent-ils parfois des difficultés à se représenter leurs corps ?**

J'ai eu le privilège d'intégrer un centre spécialisé de l'obésité qui traite, dans deux pôles différents, les adultes et les enfants. Cependant, j'ai fait le choix de m'orienter vers le service adulte qui accueille des personnes âgées de 18 à 75 ans et dans lequel j'ai pu mener un stage expérimental enrichissant. J'ai également eu la chance de rencontrer une association de patients post opérés d'une chirurgie bariatrique. Toutes ces expériences m'ont enrichie et permis d'avoir une relation plus directe avec cette population en souffrance.

Pour faire suite aux observations faites et aux résultats constatés, je tenterai de répondre à ma problématique initiale. En conséquence, mon mémoire s'articule en trois parties :

Dans une première partie, il convient de mettre l'accent sur la compréhension de la pathologie, d'une part du côté de son fonctionnement et d'autre part vis-à-vis de ses répercussions sur la vie quotidienne.

Dans une seconde partie, j'aborderai la représentation corporelle en général, prise sous différents points de vue afin de comprendre plus spécifiquement la manière dont la personne atteinte d'obésité se représente corporellement.

Enfin, dans une dernière partie, je présenterai à partir d'une étude de cas et d'entretiens réalisés auprès de patients, l'expression de cette représentation corporelle. A travers mes réflexions ainsi que mes expériences personnelles et cliniques, je souhaiterai montrer la richesse et la complémentarité du travail en pluridisciplinarité autour de l'obésité ainsi que l'intérêt d'une approche psychomotrice.

I) Qu’est-ce que l’obésité ?

1) Généralités

1.1. Définition et particularités

1.1.1. Définition

L’obésité est reconnue comme une maladie médicale chronique. L’OMS (42) la définit comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». Hippocrate notait déjà que l’obésité était associée à un « risque de mort subite », et entrainerait de nombreuses conséquences médicales. Autrement dit, cette pathologie « résulte d’un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. », selon INSERM.

Son diagnostic peut se faire en s’appuyant sur différents indices. Le plus fréquemment utilisé est l’indice de masse corporelle (IMC).

1.1.2. Indicateurs

- L’IMC

L’indice de masse corporelle est un critère de référence internationale pour l’adulte. Il permet d’avoir une valeur seuil caractéristique de l’obésité et de spécifier le stade de la pathologie. Une personne est reconnue obèse quand son IMC est > 30 kg/m^2. Il se calcule en faisant le rapport du poids (kilogramme) et de la taille (mise au carré).

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

Interprétation de l'IMC selon les critères de l'OMS

Classification	IMC (kg/m^2)
Insuffisance pondérale	<18,5
Corpulence normale	[18,5 – 24,9]
Surpoids	[25 – 29,9]
Seuil d'obésité	**≥ 30**
Classe 1 – commune ou modérée	[30 – 34,9]
Classe 2 – sévère	[35 – 39,9]
Classe 3 – massive ou morbide	≥ 40

L'avantage de cette méthode est : son utilisation peu couteuse et facile pour les cliniciens et la population. C'est un indicateur qui rend compte de la corpulence de chaque individu et de son mode de vie. Cependant, il comporte des limites. En effet, il ne prend pas en compte le sexe ou la répartition et la proportion de la masse grasse/musculaire. Par exemple, une femme enceinte ou un sportif de haut niveau ont un IMC élevé, ils n'ont pas pour autant un excès de masses grasses.

Il est aussi à noter qu'il existe des inégalités pour des IMC égaux. Les signes cliniques de l'obésité et les risques encourus pour la santé peuvent variés d'un individu à l'autre et d'un environnement à l'autre. Par exemple au Japon ou en Chine, les seuils d'IMC ont été abaissés : au Japon l'obésité apparait au-dessus d'un IMC de 25, en Chine au-dessus de 28.

- L'examen DEXA

DEXA (*dual energy X-ray absorptiometry*) ou absorpiométrie biphotonique, est une technique non invasive qui renseigne sur la composition corporelle. Cet examen utilise un faisceau de rayon X pour balayer l'ensemble du corps. Suite à ce balayage, il y a une atténuation des rayonnements due à la traversée des différents tissus (adipeux, musculaire et osseux).

Ainsi, il est possible d'obtenir pour chaque individu son taux de masse maigre (correspondant aux muscles), sa masse grasse et sa masse calcique osseuse. De manière générale, le pourcentage de masse grasse varie entre 25% et 30% chez la femme et 12% à 15% chez l'homme.

Ce matériel est simple, fiable et précis. Cependant, il reste onéreux et nécessite l'intervention de techniciens spécialisés.

- L'impédancemétrie

Cette méthode permet de déterminer la composition corporelle d'un individu. Le processus consiste à utiliser une balance qui crée un petit courant de faible intensité qui parcourt les différents tissus organiques du corps. Au passage de ce courant, nous obtenons des résistances variables et donc des vitesses également différentes. Ce processus nous permet de calculer la quantité de graisses et celle de muscles.
L'avantage est qu'il est non couteux, portable, simple et non invasif. Cette technique comporte des limites : sa fiabilité n'a pas été prouvée chez les patients ayant des obésités sévères.

- Le tour de taille

Le tour de taille représente aussi un critère à prendre en compte. C'est un marqueur du stockage de graisses, particulièrement localisées au niveau abdominal. Le surplus de masses grasses situé autour du tronc est en effet corrélé à un risque accru de maladies cardiovasculaires et métaboliques indépendamment de l'IMC. Parfois, le cas d'adiposité abdominale ou androïde peut se présenter en intra-abdominal.

1.1.3. Les différentes catégories d'obésité

L'obésité peut survenir à tout moment de la vie, pour diverses raisons indépendantes de la volonté de la personne obèse. Même si l'obésité n'est pas un choix elle n'est pas non plus le fruit du hasard.

Il existe plusieurs catégories d'obésité variant en fonction du contexte, de la période de la prise de poids et de la répartition de masse grasse du corps.

- Influence du contexte d'apparition

Obésité constitutionnelle ou de développement

L'obésité constitutionnelle prend sa source dans l'enfance (bien que tous les enfants ne soient pas concernés), puis persiste à l'âge adulte. En effet, dans l'enfance il y aurait un décalage entre les besoins physiologiques du nourrisson (faim) et des réponses de la mère. Dans certains cas, les parents nourrissent trop, bien que l'enfant n'ait plus faim.

Ces comportements parentaux créent un déséquilibre entre la prise alimentaire et ce que ressent l'enfant. L'enfant n'apprend plus à faire la différence entre ses sensations internes, physiologiques : faim, la satiété, l'attente, tristesse, colère… Ce type d'obésité implique un mélange de facteurs génétiques, héréditaires, comportementaux et environnementaux.

Mme E., 40 ans dont la prise de poids s'est déclarée dans l'enfance, devait finir son assiette alors qu'elle n'avait plus faim pour pouvoir sortir de table. S'il y avait encore du pain elle devait le finir avec du fromage.

Obésité réactionnelle

L'obésité réactionnelle peut survenir à tout moment de la vie. Elle résulte d'expériences émotionnelles traumatisantes souvent liées à des situations bouleversantes de la vie (rupture, échec, mort) nécessitant un travail de deuil et d'acceptation. Elle représente un processus défensif pour lutter contre l'angoisse, la dépression, ou autres tensions psychiques provenant d'évènements pénibles (cf partie 1.2.3 facteurs psychologiques de l'obésité).
L'auteur Hilde BRUCH (7), explique que les situations de vie et les nombreux évènements et états de tension influencent le déclenchement des « orgies de nourriture ou les cas de suralimentation permanente ».

Obésité acquise

L'obésité acquise, se déclenche à la préadolescence ou durant des moments spécifiques de la vie adulte. Elle est le reflet d'une hygiène alimentaire déstructurée et d'un comportement sédentaire, aboutissant à une prise de poids. Ce type d'obésité succède souvent au phénomène « yoyo » résultant de comportements alimentaires dirigés par la restriction cognitive (cf partie 1.2.3 comportements alimentaires déviants).

- Influence de la répartition de la masse graisseuse

L'obésité androïde ou abdominale, est plus fréquente chez l'homme. L'excès de masse grasse est réparti majoritairement au-dessus de la ceinture pelvienne, surtout au niveau du tronc et de l'abdomen. Cela peut représenter un danger important pour la santé du fait de la localisation des graisses à proximité des organes vitaux.

L'obésité gynoïde aussi appelée **glutéofémorale**, est plus particulièrement présente chez la femme. La surcharge est plus importante au niveau des hanches, des fesses et des cuisses, autrement dit au niveau de la moitié inférieure du corps.

1.2. Étiologie

Les causes de l'obésité sont multiples et complexes. Les principaux facteurs sont :

- biologiques (liés à la génétique, au métabolisme, aux hormones, à la pharmacologie, ou autres) ;
- ou environnementaux (relatifs aux modes de vie à l'urbanisation et la mondialisation).

Cette classification est toutefois factice car les facteurs comportementaux et environnementaux peuvent provoquer des anomalies biologiques plus ou moins réversibles, et vice-versa, des anomalies biologiques peuvent induire des troubles comportementaux, il y a un phénomène d'interaction entre les différents facteurs.

1.2.1 La génétique et l'hérédité

❖ Génétique

D'un point de vue génétique, certaines personnes ont une tendance biologique à la maigreur ou au surpoids. Tout individu a une « *valeur de consigne* » (appelée aussi « *set point »*) autour de laquelle une stabilisation pondérable est observable. Ce « *set point »* varie en fonction des individus et se modifie au cours de la vie.
Cette régulation du poids est indépendante de l'activité physique et de la nature des calories absorbées. Ce processus de maintien vient de notre système de « pondérostat », qui engage divers mécanismes biologiques et hormonaux.

La prise de poids se traduit par un dépassement du poids d'équilibre « set point ». Lors des situations de surconsommation, durant lesquelles la personne a un apport calorique plus important que ses dépenses ; et mange plus qu'elle n'a faim, l'organisme active simultanément deux mécanismes de stockage : une augmentation de la taille et du nombre des adipocytes (cellules de graisse).

Notre « pondérostat » peut-être déréglé par des facteurs externes. Par exemple, le phénomène de perte massive de poids puis de reprise, qui implique une fluctuation pondérale, aussi appelé « effet yoyo »[3] qui entraine la perturbation de la valeur de consigne. Les sensations de faim et l'apparition de satiété ne s'expriment plus lorsque le poids dépasse le *set point*. Il est indispensable de réapprendre à manger en respectant ces paramètres.

❖ Facteurs héréditaires

Actuellement, plusieurs recherches ont mis en évidence l'existence de gènes de prédisposition aux obésités (plus de 400 gènes, marqueurs ou régions chromosomiques associées à l'obésité) mais ces études restent discutables car elles révèlent aussi une transmission génétique complexe.

La notion de transmission familiale, d'hérédité joue un rôle dans le développement de l'obésité. Le risque d'obésité s'élève à près de 70% si les deux parents du sujet sont touchés et 40% si un des deux parents l'est, d'après J-M. LECERF (2001) (4). Il existe une prédisposition génétique au gain de poids.

Plusieurs équipes de recherche ont identifiés de nombreux gènes impliqués dans la prise de poids et dans le développement de l'obésité. Ce sont des mutations multigénétiques qui représenteraient un terrain favorable à l'apparition de l'obésité.

[3] Se référer à la partie comportements déviants : la restriction cognitive et effet yoyo.

Des études de FAROOQI & al (18) ont révélé l'implication de différents gènes dans la régulation de la sécrétion de leptine (hormone contrôlant l'appétit en gérant la sensation de satiété et la dépense énergétique), au niveau des adipocytes (cellules de graisse). Or, la perturbation métabolique peut entrainer une dérégulation du taux de leptine troublant la sensation de faim. Ce processus pourrait être à l'origine de l'obésité chez certains patients.

Il est observable chez certains obèses une forme d'obésité « **syndromique ».** Elle est associée à un phénomène pathogénique initial tel que : le retard mental ou psychomoteur, la dysmorphie faciale, la malformation congénitale majeure…

Par exemple, le syndrome de *Prader-Willi* résulte d'un mécanisme d'empreinte génomique parentale qui provoque une anomalie chromosomique. Les enfants naissent avec une hypotonie sévère, leurs mécanismes de satiété fonctionnant mal favorisent l'hyperphagie entrainant une obésité. Parmi les autres symptômes : des retards de développement, mental parfois accompagné de troubles du comportement, des apnées du sommeil…

Dans d'autres cas, il existe un dysfonctionnement des récepteurs β-Adrenergique, contribuant à empêcher la libération des acides gras dans la circulation sanguine lors d'un effort physique. Par conséquent, la dégradation des acides gras en énergie est impossible, engendrant leur stockage dans le corps. Il est important de souligner que le métabolisme de chacun est unique et, parfois certaines personnes sont sujettes à la prise de poids indépendamment de l'apport alimentaire ou de la dépense physique.

Cependant, l'effet génétique n'est pas sans lien avec les facteurs environnementaux (suralimentation et/ou baisse d'activité physique), sociaux et économiques.

1.2.2 Facteurs environnementaux

L'influence de l'environnement est majeure dans l'apparition de l'obésité. A de nombreuses reprises, la prévalence et l'incidence des obésités ont trouvé un lien avec la précarité (vulnérabilité sur le plan social et économique). L'étude menée par C. LODDO & al (32), révèle que les patients obèses en situation de précarité sont plus obèses, ont un type plus sévère d'obésité mais n'ont pas plus de complications métaboliques que les patients obèses non précaires. En France, la fréquence de l'obésité est de 18% dans les foyers avec des revenus inférieurs à 900 euros par mois et 5% dans les foyers dont les revenus dépassent 5300 euros[4] (A. BASDEVANT, 2011) (5).

[4] Voir annexe 4 : répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997.

L'explication s'appuie sur des pratiques alimentaires, des niveaux d'activité physique et des modes de vie associés à une position sociale spécifique à chaque individu.

De nos jours, l'environnement agroalimentaire contribue à accroitre la consommation d'aliments. Il est retrouvé parmi les facteurs favorisant le développement d'une prise de poids : le bas prix d'aliments très énergétiques ; la commercialisation de portions plus fournies et la diminution de la quantité de repas confectionnés ou pris à la maison, ce qui engendre un recourt à la restauration rapide et aux plats transformés, pré-cuisinés.
Il convient d'ajouter l'influence de l'environnement socioculturel avec particulièrement l'omniprésence de la publicité qui modifie considérablement le rapport au corps mais aussi à l'alimentation, de même le rôle de l'acculturation dans le développement de l'obésité. En effet, l'apprentissage de mesures diététiques a de l'importance dans une dynamique de rééquilibrage alimentaire.

Le mode de vie alimentaire est certes un facteur d'apparition de l'obésité, mais il n'est pas l'unique responsable de la prise de poids. En effet, l'**urbanisation** et l'évolution technologiques de l'environnement facilitent nos déplacements (voiture, ascenseur, escalier roulant…, etc.) mais réduisent nos dépenses énergétiques. Il est force de constater que la société actuelle tend à développer des activités sédentarisées, comparées aux travaux plus physiques de nos ancêtres dont la conquête de nourriture passait par la chasse, l'agriculture…De nombreuses études (Must & Tyber 2005, Grazia Benedetti et al. 2009, Nantel et al. 2011), montrent une corrélation entre le temps d'inactivité quotidien et l'obésité, insinuant que la sédentarité constitue un facteur important à l'origine de cette maladie.

Il peut être noté que les modifications environnementales entraînent des répercussions sur les comportements associés à l'alimentation et l'activité physique.

Outre les principaux facteurs développés précédemment, les facteurs psychologiques peuvent précipiter l'apparition de l'obésité.

1.2.3 Facteurs psychologiques

Chaque sujet est unique et a son propre profil psychologique. Cependant, il n'est pas rare d'observer une association entre obésité et troubles psychologiques. Les profils psychopathologiques les plus notés se caractérisent par : l'expression de carences affectives, la présence de troubles de la personnalité, d'états anxieux ou dépressif. Certains sujets éprouvant une complexité à gérer et réguler leurs émotions peuvent être également considérés.

De manière plus détaillée :

Les **carences affectives** précoces et prolongées sont des facteurs favorisant l'obésité. Elles prennent source dans l'enfance où de multiples abondons, séparations ou maltraitances ont été vécus à répétition. Il est important de souligner que les évènements traumatisants peuvent conduire l'individu à négliger sa dimension corporelle de sa sphère psychique. L'acte de manger dans ce contexte de carence affective, semble jouer un rôle de remplissage intense grâce à la création de sensations poignantes au niveau du ventre contribue au maintien de son sentiment d'existence.

Les **troubles de la personnalité** peuvent influencer l'apparition de l'obésité. Dans le développement, l'adolescence est une période importante où l'individu doit faire face à une pluralité de remaniements physiques et psychiques qui bouleversent son image corporelle. Le sujet doit s'autonomiser et se séparer progressivement de ses parents. Les adolescents vivent aussi une remise en question de leur identité. Par le biais de l'autre et de la société ils vont pouvoir s'identifier.
Cette phase se retrouve également perturbée au niveau émotionnel, l'adolescent en quête d'amour va tenter d'atteindre une apparence idéale pour se rendre désirable aux yeux d'autrui. Pour y arriver, il va user de moyens drastiques (comme les restrictions alimentaires, les régimes yoyo, de l'effort physique intense…) le menant par ailleurs vers des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). Dans d'autres cas (déception amoureuse, échecs) l'adolescent peut s'orienter vers la nourriture ou la bannir.

Les **troubles de l'identité** et de l'image de soi fragilisent l'unicité de l'individu et peuvent accentuer une prédisposition à l'obésité. Confronté à cette sensation de morcellement, de stabilité interne défaillante, les sujets schizophrènes ou psychotiques vont s'orienter vers la nourriture ou vers des substances (drogues, alcool…) pour soutenir une certaine cohésion de leur sentiment d'être. L'acte de manger et la prise pondérale viendraient « colmater un vide interne », d'après B. WAYSFELD (63), et joueraient donc le rôle de « remplissage » d'un vide interne existant.

Concernant la **dépression** caractérisée majeure, elle fait partie de la classification des troubles de l'humeur. Parmi ses critères de diagnostic la perte ou le gain de poids sont significatifs, d'après le DSM-IV-TR. Il faut préciser que le gain de poids est un des effets indésirables des traitements antidépresseurs (se référer à la partie 1.3 conséquences).

Les situations renforçant le **stress** comme le deuil, la perte de travail, les soucis familiaux, augmentent l'appétit chez les personnes obèses. D'ailleurs le professeur de psychiatrie et de psychologie à l'Ohio State University, le Jan Kiecolt-Glaser, relève le double facteur stress sur la prise de poids : « nous savons que nous avons tendance à opter pour des aliments riches en sucres et en graisses lorsque nous sommes stressés et cette étude montre que le gain de poids est également favorisé par le stress, sous l'effet duquel nous brûlons moins de calories ».
Confronté au stress, le comportement hyperphagique ou boulimique peut être vu comme une stratégie d'adaptation (appelé aussi « coping ») pour compenser l'anxiété. Face à une situation de stress, le sujet va privilégier l'acte de manger pour gérer la situation ou dans le cas contraire pour l'éviter.

Les émotions jouent sur l'état psychique. Généralement, une émotion négative (la tristesse, la peur, la colère) mène à une expression corporelle qui passe par une action comportementale. L'émotion est un phénomène qui représente un bouleversement interne engendrant des comportements divers (confrontation, fuite, évitement). La suralimentation peut-être en réponse à des « émotions ou des affects négatifs ». D'ailleurs, Hilde BRUCH (7) nous en parle dans sa théorie de la confusion des affects.

Chez la personne atteinte d'obésité nous retrouvons une difficulté à identifier et gérer les émotions perçues. La régulation des émotions se fait inconsciemment par l'alimentation. De nombreux patients avouent savoir les effets néfastes de certains aliments (trop gras ou trop sucré), mais ont une tentation trop grande à leur égard. Spontanément cela leur procure du plaisir, du réconfort, des sensations positives mais ils éprouvent de la culpabilité suite à leur comportement.

Au sein du centre d'obésité, un atelier groupal proposé par une psychologue permet de reprendre la thématique de l'alimentation et des émotions. La psychologue aide les patients à d'identifier les moments de crises alimentaires, les états émotionnels qui les poussent à se réfugier dans la nourriture, les comportements qu'ils adoptent, leur ressentis après la compulsion et les potentielles stratégies qu'ils mettent en place pour contrôler les crises. Pour cela, elle s'appuie sur les colonnes de Beck (reprend la situation, l'émotion, la cognition, la pensée alternative et le résultat) qui est un outil de thérapie cognitive. Cette méthode a pour objectif de permettre au patient de gérer et limiter ses crises alimentaires.

Pour certains obèses, les émotions négatives ou positives favorisent les TCA tels que : les grignotages, les boulimies, les hyperphagies boulimiques, l'accès compulsif, la restriction alimentaire...

Comportements alimentaires déviants

Tout sujet obèse soumis à la pression de régimes drastiques peut basculer dans les troubles du comportement alimentaire. Ces sujets ne mangent pas (ou plus) par plaisir mais par angoisse, par « obligation ». De véritables problèmes psychopathologiques se développent favorisant le gain de poids.

Il est fréquent de rencontrer des personnes en surcharge pondérale présentant des troubles du comportement alimentaire associés (soit environ 60% d'entre eux). Selon, APFELDORFER, les apports alimentaires excessifs et la prise de poids pendant une période prolongée, dans certains cas sont liés à des facteurs psychologiques. En effet, l'auteur remarque une prédisposition aux TCA suite à des vécus de maltraitances, dans son l'ouvrage « Traiter l'obésité et le surpoids ». Il effectue une étude auprès de 145 sujets présentant une hyperphagie boulimique en 2001. Elle révèle des chiffres interpelant : 83% des personnes ont été sujets de maltraitances au sens large (intégrant des violences physiques et psychologiques, des abus sexuels et des négligences dans l'enfance). Par ailleurs, 20-50% désigne des femmes présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA), ayant subi des abus sexuels auparavant.

Concernant **la boulimie**[5] (« *bulimia nevrosa* »), elle correspond à une répétition de nombreux épisodes d'absorption alimentaire, d'une quantité amplement supérieure à celle de la majorité de la population, en un temps assez restreint (par exemple deux heures). La seconde caractéristique de la crise est la perte de contrôle de la prise alimentaire. Face à ce sentiment d'incontrôle, le sujet va répondre par des comportements compensatoires inappropriés, ayant pour but d'éviter la prise de poids. Par exemple, au travers de vomissements provoqués, d'emploi abusif de laxatifs, de jeûnes ou de pratiques d'activité physique excessives…

L'hyperphagie prandiale, se caractérise par une consommation abondante caloriques pendant ou entre les repas. Cette consommation excessive est souvent associée à une sensation de faim faussée, non motivée sur le plan physiologique. De ce fait, cette sensation de faim n'est pas calmée par l'absorption alimentaire. Par ce phénomène les sujets hyperphages sont poussés à consommer plutôt au niveau quantitatif que qualitatif.

[5] Selon le DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. American Psychiatric Association.

D'après les hypothèses de J. MCDOUGALL (35) sur « les états psychosomatiques » et celles de Christophe DEJOURS sur « la somatisation symbolisante », Nathalie DUMET (16) associe cette hyperphagie à un « agir pondéral » qui remplirait le rôle d'une reconstruction subjective suite à un vécu traumatique.

L'hyperphagie boulimique, (appelé aussi « *binge eating disorder* » dans le DSMV[6]) s'apparente aux crises de boulimie dans le sens où nous retrouvons les caractéristiques précédemment citées mais avec une absence de comportements compensatoires. Ces épisodes ont souvent une répercussion sur le psychisme, en effet, ils peuvent mener à une dévalorisation de soi, une dépression ou à une culpabilité d'avoir mangé en excès.

Le grignotage, représente une ingestion répétitive et continue d'aliments en petite quantité tout au long de la journée, en dehors de repas. Cette consommation alimentaire intervient sans qu'il y ait l'apparition d'une réelle faim physiologique. Il est fréquemment source de prise de poids. Le plaisir gustatif est absent, alors que les aliments consommés ont été sélectionnés, au départ, comme des aliments agréables au goût.

Le syndrome d'alimentation nocturne (aussi appelé, « *night eating disorder* »), ce trouble s'accompagne d'insomnie. Le sujet ressent un besoin irrépressible de s'alimenter au cours de la nuit. Il est remarquable une consommation minimale de 25% de l'apport énergétique quotidien après le repas du soir.

La personne se réveille en pleine nuit, dans un état de demi-sommeil et ne peut se recoucher qu'après avoir mangé. Le lendemain, elle est consciente et a des souvenirs flous de cet épisode nocturne.

L'accès compulsif *ou craving*, est une prise alimentaire en quantité importante qui a lieu en dehors des repas. Il est indépendant de la faim et est déclenché suite à une émotion, une envie ou un processus mental. C'est un besoin impérieux, impulsif de manger. Le sujet a souvent l'impression de perdre le contrôle sur ce qu'il mange et de « craquer ». La prise alimentaire est souvent réalisée à l'abris des regards avec un sentiment de culpabilité et de honte. Le terme de « compulsion » est utilisé de manière transdiagnostique dans toutes conduites addictives.

Face aux phénomènes de craquage, il n'est pas rare que les patients disent : « je sais que ce n'est pas bien mais je l'ai fait, cela a été plus fort que moi ». Confronté à une émotion trop intense ou une compulsion, le comportement alimentaire est inévitable. Celui-ci s'accompagne de culpabilité mais l'individu commet l'acte en minimisant l'état de gravité.

[6] DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric Association. (2015).

La prise en charge de ces divers TCA passe par des techniques diverses et variées. L'approche peut-être cognitivo-comportementale qui s'appuie sur l'analyse du patient sur ses pensées dysfonctionnelles et automatiques. D'autres approches psycho-corporelles, systémique et stratégique ou s'appuyant sur l'hypnose, etc peuvent être utilisées.

La prise de poids et l'insatisfaction corporelle incitent le sujet à perdre du poids rapidement. « La minceur n'a pas de prix ! ». Le recours à la restriction cognitive via des régimes semble être la solution miracle à la minceur. Comment fonctionnent les régimes ? Quels en sont les conséquences ?

La restriction cognitive

Le terme de restriction cognitive est décrit par deux Canadiens (Peter Herman et James Polivy) en 1975, elle correspond à une intention de contrôler ses apports alimentaires dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre.

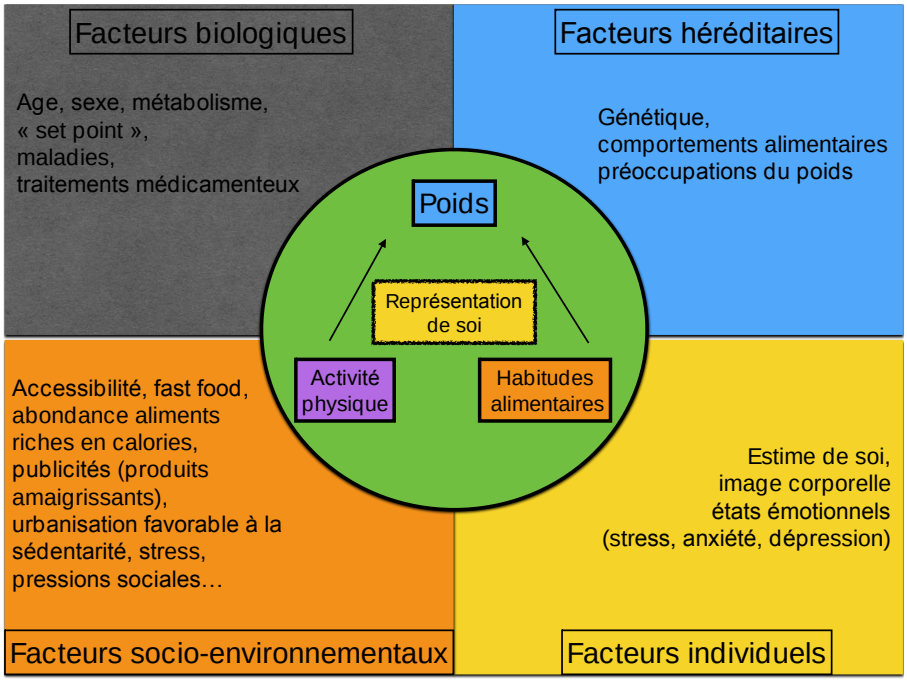
Ce processus évolue sous forme de deux états qui s'alternent avec une fréquence variable. Le premier consiste à contrôler les prises alimentaires au prix de l'inhibition des sensations physiologiques (plaisir,…). Le deuxième prend la forme de troubles alimentaires compulsifs ou boulimiques, d'après J-P ZERMATI et G. APFELDORFER (65).

Les régimes conduisent à des restrictions alimentaires, autrement dit certains aliments sont réduits quantitativement ou complètement bannis de la consommation pour diminuer le nombre de calories et ne pas prendre un gramme de plus. Dans ce cas, l'individu se coupe de ses sensations alimentaires (la faim, satiété). Il est dirigé par des règles, médicales ou autres et met des stratégies d'évitement pour lutter contre ses pulsions. Ainsi, l'acte de manger ne se fait plus en fonction des facteurs internes (corporels) mais davantage en fonction des déterminants externes, « se nourrir est devenu un acte intellectuel ». Il faut noter que ce processus de restrictions alimentaires est source de frustration.

D'après le Dr APFELDORFER (3) psychiatre, psychothérapeute spécialiste du comportement alimentaire et président du Groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids, faire un régime revient à « manger avec la tête » : être sur un mode plus réflexif en utilisant des processus mentaux. Selon lui, les régimes sont inefficaces sur le long terme. La perte de poids est fulgurante sur un court terme mais le gain de poids peut être aussi rapide, provoquant un effet yoyo. Il ajoute : « pourtant, les Français s'accrochent à une idée fausse, parce que maigrir est devenu une obligation sociale ».

Les causes de l'obésité sont multiples, comme décrit précédemment. Cependant, l'identification des facteurs impliqués dans son développement et son installation, n'est pas encore achevée.

L'ensemble des facteurs favorisant l'obésité peut se résumer à l'aide de ce schéma :



A présent intéressons-nous à la variabilité des conséquences entraînées par l'obésité. Ces conséquences sont retrouvées à plusieurs niveaux : organique, psychologique et socioéconomique.

1.3. Les conséquences

1.3.1. Physio-pathologiques

Dans l'ouvrage *le traité médical et chirurgical de l'obésité*, A. BASDEVANT (5) présente les conséquences médicales de l'obésité. Cette pathologie altère de nombreux systèmes physiologiques induisant l'apparition d'autres pathologies associées (appelées comorbidités) plus ou moins graves pour la santé. Ces comorbidités entravent la qualité de vie (physique et psychique) des patients obèses, ont un impact sur son espérance de vie et l'exposent à des risques de complications médicales.

La personne obèse est susceptible de présenter des **complications cardiovasculaires**. En effet, un taux élevé de lipides et de cholestérol dans le sang aura tendance à boucher les coronaires augmentant le risque de mort subite par infarctus du myocarde. La conséquence à terme est de développer une insuffisance cardiaque et/ou de perturber le rythme cardiaque. Une prise importante de poids peut aussi entrainer une **hypertension artérielle**.

L'augmentation de triglycérides (graisses dues aux sucres ou à l'alcool) dans le sang peut majorer le risque de formation de caillots ou de plaques d'athérome pouvant entraver les vaisseaux sanguins (risque d'AVC, embolie…).

L'accumulation de graisses au niveau de la cage thoracique va entraîner une surcharge mécanique responsable des diverses **complications respiratoires**. En effet, du fait de cette pression au niveau thoracique, les personnes obèses respirent avec des volumes plus réduits et une fréquence respiratoire plus élevée.

Parmi les complications respiratoires nous retrouvons le syndrome d'apnée du sommeil. Il s'exprime par des pauses respiratoires pendant le sommeil. Ce syndrome survient fréquemment chez les patients obèses ayant le cou comprimé par les graisses accumulées autour. Les voies aériennes supérieures se retrouvent bloquées au cours de la nuit, entrainant des ronflements alternés de périodes d'obstruction complète durant lesquelles aucune entrée d'air ne se fait. Généralement la surcharge pondérale entraine un essoufflement causé par une production plus grande d'énergie pour un effort moindre. L'essoufflement arrive rapidement ne permettant pas la poursuite de l'activité.

La présence de graisses trouble le métabolisme glucidique dont la comorbidité majeure est le **diabète de type II**. L'insuline n'arrive plus à jouer son rôle correctement. Des perturbations du métabolisme lipidique sont également observées dans la **stéatose hépatique.** Elle est le résultat d'une accumulation de graisses intra hépatiques.

Les complications ostéo articulaires sont également couramment retrouvées chez les personnes obèses**.** La surcharge pondérale exerce une pression supplémentaire sur les articulations. Les zones les plus affectées sont localisées au niveau de la hanche (coxarthrose), du genou (gonarthrose), de la cheville. Il n'est pas rare d'observer des douleurs du rachis lombaire.

Des problèmes **cutanés** sont régulièrement observés chez les sujets obèses. Leur peau est beaucoup plus sèche. A cela s'ajoute une transpiration excessive notamment au niveau des plis situés sous le ventre, la poitrine, les aisselles, l'aine et l'intérieur des cuisses sont propices à la formation de champignons provoquant des irritations cutanées pouvant s'aggraver en infection (mycose). Ces zones corporelles sont également sensibles à des frottements répétés causant des douleurs.

L'obésité est un facteur de risque favorisant l'apparition d'une pluralité de **cancers** : chez la femme, des études montrent un risque plus élevé de développer un cancer de l'endomètre ou du sein, pour le sujet masculin cela concerne principalement le côlon.

Certains cas d'obésité relèvent **d'effets iatrogènes**, autrement dit, la prise de poids serait issue d'un traitement médical (comme les effets secondaires des médicaments ou des comportements médicaux).

L'aspect potentiel iatrogène des comportements médicaux et des prescriptions diététiques sont souvent négligées. Il est possible que des régimes restrictifs, ayant pour but principal de traiter le symptôme « excès de poids », soient prescrits par certains professionnels médicaux. Toutefois, les régimes peuvent représenter des conséquences néfastes (telle que la prise de poids). A partir de ce postulat dans la majorité des cas, la restriction conduit à un échec thérapeutique. Ce processus mène le patient à se dévaloriser. Il peut même le rendre plus vulnérable psychiquement et soutenir une reprise de poids.

La prise de poids fait partie des effets indésirables de certains médicaments. A titre d'exemple, les psychotropes (**antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs tricycliques)**. Ils sont utilisés dans les cas de troubles psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire…) et de dépression. L'action des antipsychotiques altèrent les signaux centraux de satiété et de faim provoquant alors une élévation des apports caloriques. Ils peuvent modifier le métabolisme hormonal. Plusieurs **thymorégulateurs** sous lithium qui joue un rôle dans la régulation de l'humeur peuvent avoir un effet sur le gain de poids.

La prise de poids est un des effets secondaires qui alerte le médecin et oriente ses posologies et ses molécules prescrites. Il est nécessaire d'informer le patient et son entourage de l'existence de ce risque potentiel encouru. Du côté de la prévention, il convient également d'inciter le patient à maintenir une activité physique régulière ainsi qu'une alimentation équilibrée.

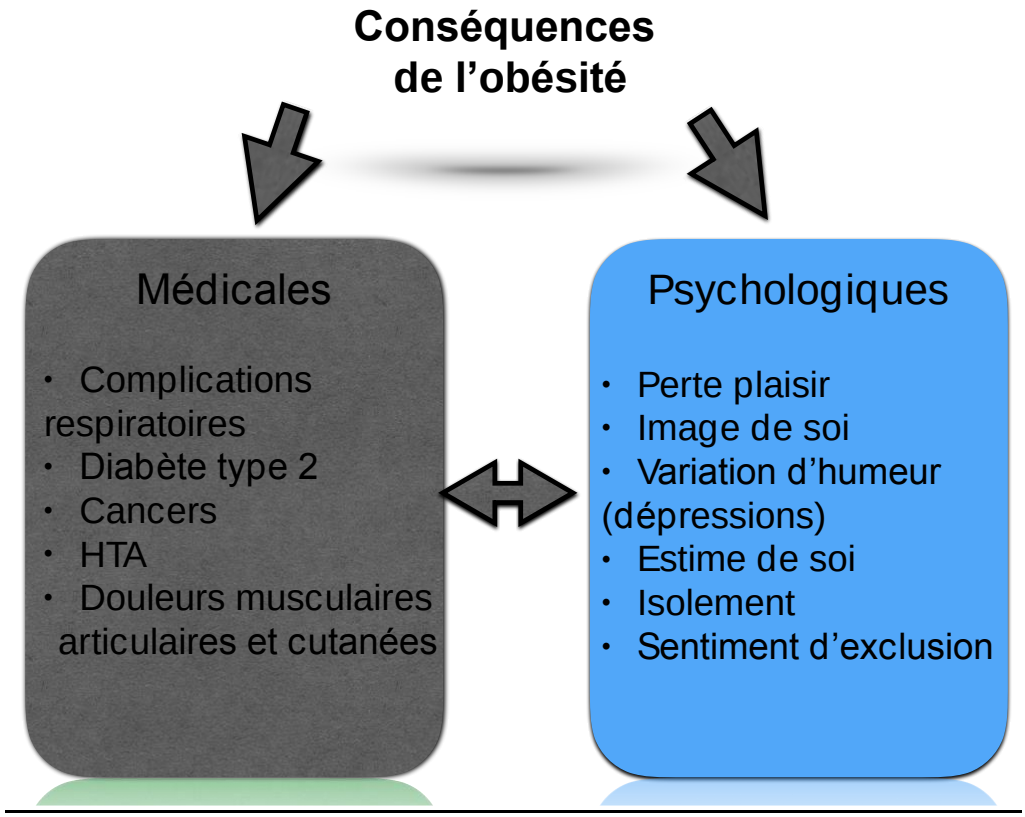
Outre, le lien existant entre l'obésité et la qualité de vie physique, un impact psychique est perceptible.

1.3.2. Psychologiques

Les aspects psychologiques peuvent intervenir dans l'obésité. Un lien entre l'IMC et le « bien-être » psychique (Finkelstein 2000). D'après cet auteur, les personnes ayant un IMC normal compris entre 20 et 25 kg/m^2 semblent avoir une meilleure qualité de vie psychique et mentale. En parallèle, les personnes en surpoids ou obèses manifestent davantage un sentiment de mal être, soit associé au rejet social dont elles sont victimes (Bray 2004) ou à une image de soi péjorative.

Carpenter et al (2000) remarquent que la pression dans les sociétés modernes où le culte de la minceur est prôné engendre une augmentation des troubles psychologiques chez les adultes obèses comparés aux personnes normo-pondérés. Les enfants obèses expriment également une mauvaise image d'eux-mêmes. En effet, à l'école par exemple, ils peuvent vivre des situations d'infériorité liées à leurs difficultés sportives (Colella et al. 2009).

Les sujets obèses peuvent éprouver des limitations dans la réalisation de tâches motrices quotidiennes (comme s'habiller, mettre des chaussettes, se lever du lit, se lever d'une chaise, ramasser un objet au sol), ne les encouragent pas à adopter un mode de vie plus actif et au contraire accentuent la sédentarité et le retrait social, selon Hills et al (2002). Certaines contraintes articulaires, musculaires ne favorisent pas la motivation à l'activité physique, elles imposent de fournir plus d'effort et donc davantage d'énergie. Nombreux sont les patients qui disent qu'ils sont « perdus dans leurs corps » : ils n'arrivent pas à bouger comme tout le monde, et que leur manière de réaliser des actions banales est différente surprenante, pour les regards extérieurs. Cela accentue le jugement et la stigmatisation. De ce fait, l'ensemble des stigmatisations et des douleurs physiques sont des facteurs renforçant le comportement sédentaire ainsi que la souffrance psychique.



1.3.3. Socio-économique

❖ Conséquences sociales

Les personnes obèses peuvent rencontrer au quotidien de nombreux obstacles les conduisant à vivre des situations d'handicap social. Des recherches menés par les membres de l'Observatoire des discriminations (17), révèlent la difficulté d'intégration et de réussite professionnelle des personnes obèses. Parfois, ils rencontrent des difficultés d'accès à des parcs d'attraction, pour prendre l'avion, ou pour bénéficier de soins médicaux (par absence de matériel médical adapté comme les brassards de tension).

Le sujet obèse est victime la plupart du temps des rejets et des moqueries (cf. partie 2.2.1 représentations stéréotypées et jugements sociaux).

L'exemple de Mr M. âgé de 40 ans qui fait part de ses difficultés au quotidien. Il dit « se sentir handicapé » dans ce corps. Il raconte la complexité que relève l'action de se relever de son canapé. Il essaie de se pousser à l'aide de ses mains pour se lever mais elles s'enfoncent encore plus avec lui dans le canapé. « Je n'ai pas de repère dans ce corps. Ce type de situation me met mal à l'aise face à mes amis. J'ai honte de ne pas pouvoir faire comme tout le monde, pour sortir du canapé. »

❖ Conséquences économiques

Les coûts impliqués par l'obésité représente 2-7% de l'ensemble total des dépenses mondiales de santé, et en Europe ces dépenses sont estimées à 1% du produit intérieur brut. Selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), en 2002 (Hyde R.), tous les ans, en France, l'assurance maladie dépense 2,6 milliards d'euros pour la prise en soin de cette pathologie et de ses comorbidités associées. La cascade de multiples pathologies liées à l'obésité (vues précédemment dans la partie 1.3.1 conséquences physiopathologiques) engendre des coûts de santé importants. La dépense économique de santé d'un patient obèse est évaluée à 2500 euros, tandis que celle d'un patient non obèse s'élève à 1200 euros (soit l'équivalent du double) d'après l'institut de recherche et de documentation en économie (EMERY & al, 2007) (17).

L'excès de poids ne laisse pas indifférent. L'obésité a été évoquée sous un angle biologique, médical et psychologique. Il convient de s'intéresser aux représentations de l'obésité sous une perspective sociologique et personnelle qui interviennent dans les relations sociales de la personne obèse. Il s'agit de prendre en compte la pluralité des dimensions qui considèrent l'obésité, afin de comprendre le rapport au corps corpulent en rapport avec le corps désirable, idéal.

2) Obésité et ses représentations

2.1. Image de l'obésité dans l'histoire

> « Notre société crée des obèses mais ne les supporte pas. » J. Tremolières

La société a un impact sur notre manière de vivre, nos comportements. A l'heure actuelle, elle semble favoriser l'obésité.

Il est important de rappeler l'évolution des représentations de la personne obèse au cours de l'histoire, afin d'avoir une meilleure compréhension des représentations actuelles. L'image corporelle est étroitement dépendante du contexte social, culturel… Les idéaux de beauté évoluent en fonction des périodes historiques.

G. VIGARELLO (60) dans son ouvrage s'intéresse aux représentations du « gros » du Moyen Age à nos jours. Il montre que le regard porté à l'apparence se différencie au fil du temps : « La vision du ‘‘défaut'' se déplace, révélant combien l'apparence du corps avec ses déficits réels ou supposés épouse une histoire, des cultures et des sensibilités. » Th. DE SAINT POL (10), expose la représentation des formes corporelles idéales, propres à chaque époque, afin d'expliciter les enjeux contemporains de la corpulence.

L'époque **médiévale** est marquée par la figure du moine replet. En ces temps de famines, les Seigneurs du moyen âge sont aussi assez corpulents, présentant des signes d'abondance et d'attributs de bonne santé. Cette apparence fréquente dans les milieux sociaux particuliers (médecins, clercs et magistrats) devient un enjeu de distinction sociale. Toutefois, l'image de la femme idéale au travers des peintures, de la littérature, nous donne à voir une silhouette frêle et pâle. L'usage de corset, de bandeaux qui compriment la poitrine est très en vogue à cette époque. La minceur constitue un atout pour les dames.

A la **Renaissance**, les représentations se transforment et laissent place à l'image du « balourd moderne ». La beauté se retrouve du côté des ventres charnus, des bourrelets, des poitrines importantes. Bien que la grosseur puisse être décrite comme excessive dans certains cas, elle n'est pas pour autant laide, elle ne valorise pas pour autant la maigreur. Durant cette période, s'accentue le dysmorphisme sexuel : des qualités et des apparences différentes sont attribuées en fonction du sexe. Les hommes incarnent notamment la force et la femme l'image de la beauté orientée vers les plaisirs de l'homme. La corpulence de la femme est associée à sa physiologie, bien plus qu'une destinée sociale.

Au **XVIIIème siècle**, le corps en excès est vu comme un signe de prestige et de respect chez les bourgeois. L'image de la femme idéale est celle avec une poitrine généreuse, un bassin large, des cuisses fournies, témoigne d'une vocation de procréation. La femme est destinée à conquérir et à perpétuer l'espèce.

Au **XIXème siècle**, entre 1825-1840 les représentations du corps masculins et féminins vont se distinguer fortement. Les hommes présentent un peu d'embonpoint mais les femmes sont assimilées à l'image de la minceur. L'esthétique s'étend davantage et les « tailles de guêpe » émergent avant la mode des hanches en 1870. Les femmes trop « grosses » se font soigner par des sangsues, elles adoptent des corsets avec une alimentation moins grasse.

Dans les années 1920, un nouvel idéal de beauté apparait : un corps élancé, musclé sans poitrine ni hanche, un peu « garçonne » prend le pas sur le corps corpulent. Ce rejet des caractéristiques féminines nait dans un contexte d'émancipation où la femme lutte pour acquérir certains droits (par exemple le droit de vote).

Pour conclure, G. VIGARELLO (60) a permis de relever les évolutions, les ruptures et les valeurs de chaque époque constituant les représentations du corps de la personne obèse. Puisque chaque époque à sa propre représentation de la corpulence, actuellement, comment la personne obèse est-elle perçue dans la société ?

2.2. Obésité une problématique sociétale

2.2.1 Représentations stéréotypées, jugements sociaux

> *« Ce qui émeut les hommes, ce ne sont pas les choses, mais l'opinion sur les choses. » Épictète*

Un corps corpulent ne passe pas inaperçu, il est même pointé du doigt car il ne correspond pas à l'idéal de minceur. La société contemporaine rejette l'excès de poids et pourtant paradoxalement elle reflète une société de surconsommation poussée par la publicité. D'après G. APFELDORFER (2) la personne obèse, en surpoids serait « le bouc émissaire d'une société coupable honteuse de consommer autant ».

Bien que la société soit en partie responsable de l'apparition de l'obésité, elle ne s'acclimate pas pour autant. La société actuelle ressent de la peur, parfois de la haine vis-à-vis de ces individus car ils sortent de la norme. B. WAYSFELD (63) introduit même le terme « racisme anti-gros ». Ainsi, les personnes obèses sont confrontées à l'attitude discriminatoire de la société : tels que les jugements, les regards en coin, les attaques sournoises, les mépris…, qui ne considère que son apparence.

Une patiente Mme R. 54 ans, ayant pris du poids suite à sa grossesse, est hospitalisée, une infirmière lui dit : « vous n'avez qu'à manger moins de chips en regardant la télé. » Mme R. le ressent comme une atteinte à sa personnalité.

Les stéréotypes concernant les personnes obèses se basent sur des traits de personnalité (méchantes, fainéantes, imposantes par leur carrure mais faibles) ou des habitudes comportementales (elles mangent trop, elles sont responsables de leur poids, ne font pas d'activité physique, se négligent) et des critères physiques (elles sont peu désirables et laides). Ces stéréotypes vont évoluer vers des jugements puis progressivement aboutir à des stigmatisations. Précisons que la stigmatisation[7] est un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal » ou « déviant ».

[7] La stigmatisation a été décrite par Erwing Goffman, sociologue canadien.

D'ailleurs, Werner J. CAHNMAN, 1968 (p283-299) précise que « *par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrace qui sont associés à ce qui est vu comme une déformation physique et une aberration.* »

La stigmatisation dénigre sévèrement la personne en situation d'obésité qui sera considérée en fonction de son « stigmate » et non pas à partir de ce qu'elle est, de son histoire, de sa personnalité. La personne va finir par adhérer à ces préjugés et accepter les discriminations envers elle.

Sur le plan personnel, les stigmatisations conduisent à une dévalorisation de soi, à une image négative de soi parfois même à une dysmorphophobie. La personne adopte des comportements de repli, d'isolement et tente de fuir les regards de la société. Pour faire face à la foule, aux autres, la plupart des personnes obèses se cachent de leurs formes sous des vêtements amples, malgré cela, les regards sont rivés sur elles. D'ailleurs, P. PEUTEUIL (43) les présente comme « corps spectacle ». Il montre l'image de cette exposition du corps malgré leur volonté. Les « spectateurs » quant à eux, ne voient plus la personne obèse comme un être avec des émotions, une histoire et des qualités mais plutôt comme une « chose » qui prend beaucoup de place.

Sur une dimension professionnelle, des exclusions peuvent-être entrainées. Quel que soit l'âge l'obésité a toujours connu un taux élevé de discriminations dont les femmes sont les principales victimes. (Th. De SAINT POL, 2010) (10). Par exemple, les personnes obèses peuvent vivre des discriminations dès l'embauche bien qu'il y ait des sanctions pénales. (5)

L'ensemble des discriminations et stéréotypes influencent le vécu des personnes obèses dans la société et les mènent vers un handicap social. Dans d'autres sociétés, l'obésité prend une autre tournure.

2.2.2 Autres regards de l'obésité dans les sociétés

Les valorisations des personnes en situation d'obésité varient d'une culture à l'autre. D'après une étude conduite par BROWN PJ., KONNER M. (8) sur le fichier *Human Relation Area*, s'appuie sur des données relatives liées à la grosseur du corps : 81% des 58 cultures traditionnelles estiment que l'idéal de beauté féminine est une beauté que l'on peut qualifier de « bien en chair ».

Pour ces cultures, le stockage de graisses est vu sous un angle positif de bonne santé, d'opulence, de bon vivre. Les personnes obèses incarnent aussi des « positions sociales de pouvoir et de prestige », selon J-P POULAIN, p40 (5). Citons aussi l'exemple de la Mauritanie et de la Polynésie-Française.

Comme évoqué précédemment, le corps du sujet obèse est au carrefour de la culture et de la biologie car dès la naissance, le corps prend un sens par rapport à des normes et des représentations régies par la société. Comment l'individu obèse se perçoit face au modèle imposé par la société ? Quels sentiments a-t-il vis-à-vis de lui-même ? Quelle réaction suscite une prise de poids massive ?
Je développerai l'ensemble de ces questionnements dans la partie suivante la représentation corporelle de la personne obèse.

II) Représentation corporelle

Le questionnement initial de ce mémoire porte sur la problématique ci-contre : **pourquoi les personnes obèses éprouvent-elles parfois des difficultés à se représenter leurs corps ?**

Il est possible de supposer qu'il y ait un problème du côté de l'intégration sensorielle, de dysrégulation émotionnelle, ou l'existence d'une conscience altérée du corps. Il semblerait d'après M. TAUZIEDE (56) que « toutes les informations issues des différents récepteurs sensoriels n'arrivent pas à la conscience. »

Au sein de cette partie, il sera question de définir la notion de représentation corporelle, à partir de différents points de vue (phénoménologique, neuropsychologique, psychanalytique et psychomoteur), dans un premier temps. Puis dans un second temps, ce concept sera étudié plus spécifiquement à partir du vécu de la personne obèse, afin de comprendre ce qui est mis en jeu dans la potentielle difficulté à se représenter.

Les représentations du corps incluent des notions de corps réel, imaginaire et signifiant. Le corps prend le statut de réel à partir du moment où il est ressenti, vu et « animé par la force de vie » B. QUINTILLA. Il prend une dimension imaginaire quand les perceptions du corps deviennent imagées, auxquelles s'ajoute une part de subjectivité (sentiments d'amour, de haine, conscient ou inconscient éprouvés). Le corps signifiant donne un sens au corps avec une connotation négative ou positive.

Face au remaniement corporel, comment apparait la représentation de soi et la représentation du corps propre chez les personnes obèses ? Comment vivre et s'approprier ce corps opulent ?

La représentation corporelle est une notion fondamentale en psychomotricité. Au cours de l'histoire la représentation dans sa nomination connait différentes approches, théories et vocabulaires distincts parmi lesquels : l'image du corps, le schéma corporel, le corps propre, le corps représenté…La pluralité des termes portent à confusion, mais chaque terme exprime une spécificité.

Elle est essentielle dans l'harmonisation de la relation à soi, à autrui et à l'environnement. Elle est propre à chacun et renvoie à la manière dont le sujet perçoit, ressent, vit son corps. Elle fait partie de l'identité et repose sur un processus mental qui donne sens aux perceptions corporelles en incluant une dimension affective.
Elle s'intègre aussi bien dans nos relations que dans la production de mouvements, dans le tonus musculaire, dans l'estime de soi, …
Au cours de la vie, elle se construit et se modifie en fonction des expériences (sensorielles, corporelles, émotionnelles, relationnelles). Dans notre cas, le gain ou la perte de poids est un facteur perturbateur dans la représentation de soi.

La représentation du corps est un processus qui permet de s'orienter vers une représentation de soi, faisant partie de la personnalité du sujet. Elle est comme sa carte d'identité, insérée au cœur de sa vie psychique, affective et sociale. Elle se retrouve au carrefour de l'éprouvé narcissique et corporel et de la vie relationnelle selon A. SANGLADE. Notre corps est comme le miroir de soi.

La représentation corporelle se construit à partir de trois composantes :

- l'image du corps qui est une partie subjective intimement corrélée aux affects, aux expériences, aux relations sociales et au sens donné au corps ;

- le schéma corporel qui est lié à la somatognosie, fait référence à la capacité d'être conscient des différentes parties anatomiques ainsi qu'à leur relation entre elles ;

- une dernière composante liée à la phénoménologie qui présente le corps comme un « être au monde », c'est-à-dire ce corps représente l'expression de l'Être (dans sa motricité et sa sensorialité), avant la conscience.

1) Image du corps & schéma corporel : approches plurielles

1.1. Apport de la phénoménologie

La psychomotricité est influencée par l'approche du corps phénoménologique qui est élaborée sur un principe de rapport de soi au monde en dehors de tout jugement. Cette approche représente pour la psychomotricité : la science de l'expression corporelle, d'après CHARBONNEAU (1993).

Nous évoquerons l'apport d'HUSSERL (1913-1986) et de M. MERLEAU-PONTY (1942-1947) au regard des notions fondamentales en psychomotricité, indispensable pour comprendre la notion de représentation corporelle.

1.1.1. Husserl

En 1907, l'idée du corps vécu, de conscience du corps est abordée par HUSSERL puis ensuite sera reprise par M. Merleau-Ponty dans la « *phénoménologie de la perception* » (1945) (23,51).

- Vécu corporel

HUSSERL n'interprète pas les contenus psychiques, car selon lui le vécu corporel appartient à la sphère des sensations. L'intentionnalité est un élément qui lui permet de déterminer l'état de présence du sujet dans le vécu corporel : [le corps devient] « présence au monde de la vie psychique d'un sujet intentionnel. »
L'attitude phénoménologique appréhende le corps en tant que « chair » afin que le vécu soit perçu dans sa « pureté », en ce sens il n'est ni imaginé, ni pensé de manière symbolique ou conceptuelle, « mais se tient là sous nos yeux comme quelque chose de donné à soi-même et en acte. » Le vécu corporel se situe en dehors de toutes activités cognitives, logiques et rationnelles initiées par les sciences. Il y a en quelque sorte, une orientation vers une connaissance plus objective de soi, dénuée de jugement de valeurs.
Ainsi, la perception prime et assure l'authenticité du vécu qui témoigne du lien essentiel que joue le corps entre l'objet et l'espace. L'auteur ajoute que cette attitude de perception consciente n'est pas naturelle.

- La notion de « corps propre »

HUSSERL développe un concept primordial du corps à partir duquel découle nos expériences. Le « corps propre » ne correspond pas seulement au corps organique perçu par le sujet, il est également en relation immédiate au monde et s'intègre à l'espace-temps. L'auteur montre que l'unité du corps n'est pas uniquement issue de perception externe, mais est caractérisée par la prise de conscience et l'appréhension de la sensorialité, des sensations kinesthésiques et proprioceptives perpétuellement expérimentées. L'espace corporel subjectif, autrement dit l'unité du corps s'élabore suite à la synthèse de la perception. L'expression de corps propre fait référence à la notion de miroir et plus précisément à l'identification de soi.
Il distingue ce concept, de celle du corps d'autrui qui est perçu au sein de son environnement.

Pour faire un parallèle avec la psychomotricité, nous comprenons l'intérêt des expériences corporelles qui nous ouvrent le champ à la psyché (aux représentations corporelles). La pratique de médiations (comme la relaxation, l'eau, ou encore le toucher…) favorisent cette exploration du corps propre. Elle permet la localisation de sensations et a également pour visée d'enrichir la conscience corporelle.

1.1.2. Merleau-Ponty

❖ Corporéité et perception

M. MERLEAU-PONTY utilise le mot « chair » pour compléter le concept de « corps propre » d'HUSSERL. Il accorde une importance à la notion de *perception* qu'il voit comme « le berceau de significations ». L'expérience corporelle entretient un rapport du corps à l'espace qui s'origine notamment dans le mouvement. La fluidité et la spontanéité du mouvement nous renvoie à l'idée de la localisation spatiale des différentes parties du corps, ainsi qu'à la perception de soi comme unifiée. Cette perception motrice accompagnée de l'intentionnalité corporelle sous-tend une symbolisation et fait apparaitre une représentation. Pour l'auteur, il ne faut pas réduire le corps à une idée, pensée mais plutôt retrouver l'expérience du corps propre.

❖ Schéma corporel

M. MERLEAU-PONTY emprunte la notion à SCHILDER (52). Il la complète dans son chapitre intitulé « *la spatialité du corps propre et la motricité* », au sein de son ouvrage *la phénoménologie de la perception*.

L'auteur soulève l'aspect spatio-temporel du schéma corporel qui rend compte de l'unité inter sensorielle ou de l'unité sensorimotrice du corps », en ce sens « ce n'est pas une spatialité de position mais une spatialité de situation. » La spatialité de situation est le résultat de la perception de soi-même par rapport à autrui, de ce fait cela inclut la connaissance, la capacité à nommer les différentes parties du corps et la notion de réversibilité. Enfin, il résume le schéma corporel comme « une manière d'exprimer que mon corps est au monde. » (1947)

En résumé, l'unification corporelle, la symbolisation et la représentation du corps prennent source dans le vécu de sensations issues d'expériences corporelles. Ces sensations deviennent conscientes et perceptibles, permettant au sujet de connaitre en partie son corps mais jamais l'intégralité. Il a besoin de l'intermédiaire d'autrui afin d'avoir un regard plus objectif sur lui car l'auto perception est impossible sauf dans un contexte dualiste.

1.2. Apport de la psychanalyse

Pour cette partie je me référencerai en partie à l'ouvrage de J.-D NASIO (39) intitulé *Mon corps et ses images*, qui présente les travaux de F. DOLTO et J. LACAN.

De nombreux psychanalystes se sont penchés sur la question de l'image du corps et ont donné leur propre définition. P. SCHILDER (52) l'a introduite en l'assimilant à celle du schéma corporel.

A travers les travaux de J. LACAN, J-D. NASIO (39) soulève la nécessité de l'émergence de cette image spéculaire dans la construction de la subjectivité.
J. LACAN donne un rôle important à l'image du corps dans la structuration de l'individualité. Elle soutient la sensation d'unité de l'être. Il relie fondamentalement cette image au stade du miroir, vécu par l'enfant de 6 et 18 mois. Il distingue l'image réelle du corps ressentie de celle qui est extérieure, que nous voyons dans le miroir et qu'il nomme : *image spéculaire*. La silhouette renvoyée joue un rôle important dans l'élaboration de l'identité et aussi dans la naissance du *Je*.
J.-D. NASIO (39) précise que cette image ne nous laisse pas indifférent, elle peut nous satisfaire ou au contraire nous décevoir.

D'abord, le nourrisson entre 0 et 6 mois a une image primitive de lui qui reste très fusionnelle à l'objet parental. La vie psychique repose alors sur une image d'un corps morcelé. Ensuite son développement se poursuit par le stade du miroir, l'enfant confronté à son reflet dans le miroir va réagir et jubiler car il perçoit dans cette image une forme humaine. Il constate une unité corporelle, bien distincte de sa mère.

F. DOLTO en 1984 (14), nous donne davantage de détails sur ces notions en se basant sur les travaux de LACAN concernant le stade du miroir, pour elle : « le ciment qui lie le schéma corporel à l'image du corps est le narcissisme. » Elle fait une distinction et évoque l'image corporelle comme étant aussi bien une « mémoire inconsciente du vécu relationnel » et une structure construite suivant une dynamique narcissique, émotionnelle et interrelationnelle. A travers ces propos, elle montre que l'image du corps est unique et s'élabore à partir de la subjectivité de chacun. Elle note également 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 ».

Pour F. DOLTO (14) l'image du corps serait la synthèse de trois composantes (1984) :

- L'*image de base* assure la contenance, la sécurité et permet de se sentir exister de manière continue, comme « une mêmeté d'être ». Elle forge en partie l'identité.

- L'*image fonctionnelle* est chargée d'énergie et recherche la satisfaction des besoins et des désirs du sujet. C'est une image active garante de l'identité, qui établit des relations avec le monde et autrui.

- L'*image érogène* est le lieu où plaisir et déplaisir s'expriment dans le lien à l'autre par des mimiques, des actes ou des mots.

Une complémentarité entre l'image du corps et le schéma corporel semble indispensable pour favoriser la communication avec l'autre. L'édification de l'image du corps favorise l'élaboration d'un sentiment d'identité.
C'est grâce à l'interrelation entre le sujet et son environnement (entourage) que la séparation moi, non moi pourra s'effectuer. De ce fait, cela permettra à l'individu de percevoir l'image de son corps comme distinct de l'autre avec une limite entre l'intérieur et l'extérieur, c'est-à-dire voir la peau comme une interface protectrice selon la théorie du Moi Peau d'ANZIEU (4). La différenciation de soi et de l'autre est possible grâce à la notion de contenance et d'enveloppe psychique (HOUZEL).

F. DOLTO (14) définit le schéma corporel comme étant « une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. » Il est « le même pour tous les individus » et se structure « par l'apprentissage et l'expérience. » Il se fonde sur « le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » et évolue au cours de la vie. Selon elle, les deux notions sont imbriquées : « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ».

Ces différentes approches psychanalytiques montrent la complexité de l'image du corps. L'homme est baigné dans un monde relationnel qui le mène à produire et à s'approprier des représentations du corps (conscientes ou inconscientes). Il est bien évidemment compréhensible que son remaniement perpétuel soit à l'origine de la plasticité des représentations du corps. Qu'en est-il de l'image du corps en neuropsychologie ?

1.3. Apport de la neuropsychologie

Qu'est-ce qui distingue l'image du corps du schéma corporel selon l'apport neuropsychologique ?

J-M ALBARET distingue les deux termes en s'appuyant sur des travaux de neuropsychologie. Il considère le schéma corporel comme un « système de localisation » qui se réfère à un ensemble de représentations destinées à l'action motrice.

Pour cela, il répond à deux questions : « où ?» (à savoir où sont localisés les membres et la position de la cible d'action) ; l'autre question est « comment ? » (autrement dit, comment utiliser le corps pour accomplir le but fixé et comment atteindre une zone corporelle très précise). L'ensemble de ces informations renseigne sur l'état postural, et les coordonnées spatiales situant les différents segments corporels, et permet d'établir un « référentiel égocentrique ». Il est déterminé à partir d'afférences (sensorielles, proprioceptives) qui participent à l'élaboration, la réalisation de l'action et à une potentielle réévaluation de cette dernière permettant un réajustement.
Selon un même principe, S. GALLAGHER associe le schéma corporel à « un système de capacités sensorimotrices, qui fonctionne sans conscience ou nécessité d'un contrôle perceptif. »

Toujours dans une vision dyadique, J-M. ALBARET définit l'image du corps comme « un système de perception des formes », utile à l'identification et la reconnaissance du corps, est relatif à la question « quoi ? » (Qui suis-je ? Quelles sont les spécificités de mon apparence corporelle ?). Cette image serait consciente et associée à des déterminants biologiques, psychologiques et socioculturels. Pour S. GALLAGER (2005), l'image du corps correspond à « un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps. »

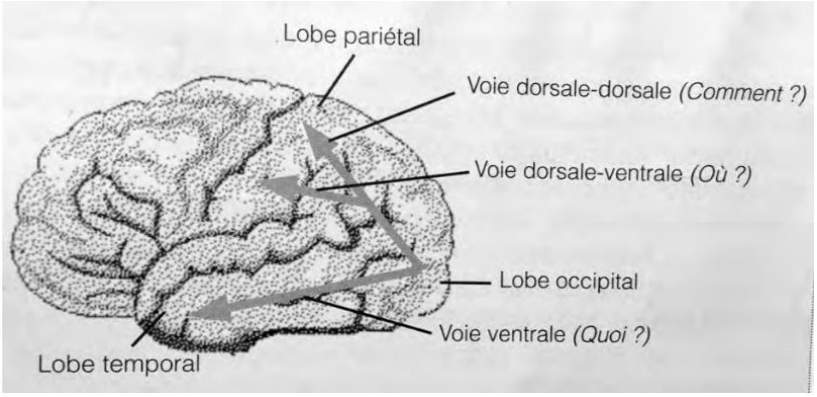


Figure : Voie ventrale et voies dorsales issues de la région V1 du lobe occipital.

La question de l'image du corps oppose le point de vue de la neuropsychologie à celui de la psychanalyse qui considère l'image corporelle comme inconscience. L'opposition conscient-inconscient suscite de nombreux débats au sujet des représentations du corps. F. DE VIGNEMONT (2010) (61) dans son article, s'éloigne du clivage associé à la conscience, qui selon lui n'est pas un critère essentiel pour distinguer les deux termes.
Ses recherches sur les représentations corporelles le mènent à définir le schéma corporel comme un ensemble de représentations sensorimotrices orientées en fonction de l'action visée.
Ainsi, le schéma corporel aurait un rôle dans la programmation, l'initiation et la réalisation des mouvements, mais aussi dans la précision du schéma par rapport l'acte effectué (évalué selon un processus de retour sensoriel menant à un ajustement).
L'accessibilité à la conscience n'est plus un critère de différenciation mais une fonction adjacente, engagée ou non en fonction des situations.

L'ensemble des points de vue abordés, peuvent se rejoindre sur certains concepts mais également s'opposer. Intéressons-nous au regard de la psychomotricité vis-à-vis de ces notions.

1.4. Point de vue de la psychomotricité

Bien que les psychomotriciens aient des fondements théoriques de base identiques, il n'est pas rare de trouver une pluralité de définitions pour ces concepts. Toutefois, il convient de préciser que la représentation corporelle suit une construction progressive et globale qui est une spécificité de la psychomotricité. Son élaboration s'appuie sur de nombreux facteurs (cognitifs, affectifs et moteurs) orientés vers des sphères relationnelles (tournée vers l'environnement ou vers l'autre).

Parmi les définitions de référence du schéma corporel, celle de J. de AJURIAGUERRA, 1970 (23,51) :

« Édifié sur la base des **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. »

Cette définition fait écho avec de nombreuses théories du schéma corporel évoquées précédemment, provenant des afférences sensorielles et des vécus corporels moteurs. D'autres auteurs vont distinguer cette notion de l'image du corps.

Pour O. MOYANO (37), psychomotricien, le schéma corporel est « un substrat neurophysiologique, tendineux, articulaire, postural », alors que l'image du corps « tire sa source dans l'inconscient du sujet et, surtout, dans la façon dont au cours de son histoire, ce dernier aura investi son schéma corporel. »

C. POTEL (44) de son côté, considère le schéma corporel : « en tant qu'organisation somatognosique du corps, et l'image du corps en tant qu'image de soi en relation à l'autre. » (2010, p144). Elle complète sa définition du schéma corporel en disant qu'il correspond à : « la connaissance objective du corps dans sa réalité. »
Elle précise que l'image du corps symbolise : « l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres. » (ibid p145).
Elle met également en évidence l'aspect évolutif de cette image, tout au long de la vie « en fonction des étapes de la vie qui font changer non seulement le corps, la perception et les éprouvés du corps (…) mais aussi la vie affective. » (Ibid, p146).

Elle soulève l'importance de l'interdépendance entre l'image du corps et le schéma corporel qui servirait aussi bien à accroitre notre « organisation fonctionnelle et instrumentale » ou à soutenir les fluctuations du regard porté sur soi tout au long des « expériences psychoaffectives et relationnelles. »

D'après ces différents auteurs, nous remarquons un développement de la représentation du corps en psychomotricité à partir du corps expérimenté, ressenti et vécu par le sujet. L'élaboration de la représentation corporelle se fonde ainsi sur des éléments spécifiques tels que l'intégration sensorimotrice, l'étayage verbal, et le corps imaginaire.

- Approche sensorimotrice

L'approche sensorimotrice proposée par A. BULLINGER (2004) est un support permettant de comprendre comment l'intégration des aspects corporels et psychiques se construit au cours du développement. L'auteur met l'accent sur la dimension de relation interactive entre le sujet, le milieu et l'environnement. Ces interactions sont le résultat de modulations de flux sensoriels et d'états toniques. L'ensemble de ces informations sont traitées au début de façon archaïque en relation avec les sphères affectives, puis évoluent vers un traitement plus cognitif (capacité de représentation).

Ce système sous-tend l'anticipation des situations et permet la création d'habituations, utilisés afin de planifier des actions plus précises et finalisées.
A. BULLINGER précise que « cette activité psychique de représentation ne peut se dérouler que s'il y a un équilibre sensori-tonique. »

C.POTEL (44) ajoute que la construction psychique du bébé est nourrie par des variations du tonus aussi importantes que les mouvements (moteurs) qui prennent forme progressivement dans la relation.

Les fonctions sensorielles, toniques et émotionnelles occupent une place importante dans le développement des représentations corporelles. Avant que les informations soient disponibles à la pensée, il est indispensable de repasser par

l'exploration sensorielle. Selon D. ANZIEU (1994) (4), se toucher, goûter, se voir, se sentir, s'écouter sont des prérequis essentiels avant de pouvoir se penser pensant.

Cette sensorimotricité permettrait une création d'images, d'ailleurs A-M. LATOUR (27) définit l'image du corps primaire comme une image de nature affectivo-sensorimotrice, puis dès l'entrée dans le langage, elle vient s'imprimer de significations plus singulières, et elle devient donc capable d'être parlée par l'enfant. L'image du corps est donc un sentiment imaginaire, une construction psychique subjective.

L'écoute de ses sensations permettrait d'acquérir de meilleurs repères corporels, des ressentis corporels conscients ainsi qu'une représentation de soi plus affinée.

- Rôle de l'étayage dans la représentation du corps

Au cours de son développement, le bébé est baigné dans un flux de sensations qu'il ne comprend pas toujours. Il a ainsi besoin des représentations plus élaborées de sa mère qui ont pour rôle de transformer ses sensations et ses perceptions en leur donnant du sens. La mère joue le rôle « d'appareil à penser les pensées », suivant la théorie de BION (1982). Par un système de verbalisation, elle explicite le vécu tonico-émotionnel (« tu as faim, tu as mal, etc. »), participant à l'intégration psychique et plus subtilement à l'édification du socle de la représentation du corps.

Le psychomotricien accomplit également ce rôle d'identification projective et de transformation des éléments non pensables vis-à-vis du patient. Un des objectifs est de permettre au patient de symboliser et mentaliser les expériences vécues. La représentation est possible grâce aux ressentis propres de chaque individu mais également via le regard de l'autre.

- Le corps imaginaire

Selon Sami ALI (1983) la représentation ne peut exister hors du corps, elle s'exprime tant au niveau du réel que de l'imaginaire.

En psychomotricité, le corps appartient aussi bien au réel qu'à l'imaginaire qui inclut les représentations illusoires (fondées sur des identifications, sur l'histoire individuelle et des relations affectives).

Sami Ali explicite rigoureusement le concept de « corps propre ». Il s'agit d'après lui, d'un corps qui médiatise, qui suscite le passage de la perception (basée sur un mécanisme sensorimoteur et physiologique) à la représentation. Le corps propre, dès le début, fonctionnerait comme un schéma de représentation indispensable pour organiser l'expérience environnementale. Le « corps vivant » ne se réduit pas au corps anatomique ni à l'organisme.

Le « corps vécu » met en jeu la subjectivité du sujet, contient une trace mémorielle et une marque représentative. Le corps vécu évolue en fonction des instants, des évènements sensoriel, tonique, relationnel, émotionnel, et fantasmatique. Il met en relief l'état global de l'individu dont le fonctionnement de l'organisme constitue le fondement.

Malgré les bouleversements des conditions de vie, l'enjeu principal dans le développement et la vie du sujet est de permettre l'appropriation de son « propre corps », afin de créer un sentiment de continuité d'existence.

En parallèle, le corps vécu permet de créer de l'imaginaire. L'imaginaire corporel est issu des expériences toniques et affectives. La représentation est un intermédiaire entre l'imaginaire et la perception réelle.

Pour résumer, l'ensemble des psychomotriciens, accordent une attention particulière au corps vécu. Cependant, ils ne portent pas uniquement un intérêt au corps mais également à l'être. Cette approche concerne d'autant plus les patients obèses qui concèdent plus d'importance à ce corps (à leur apparence qu'ils rejettent) et non pas à leur juste valeur d'être.

L'observation et l'écoute du corps de l'autre est simultané à celle du contre transfert émise par le psychomotricien. De par sa formation, son approche s'oriente vers une dynamique relationnelle de l'être, à l'autre et son monde environnant.

En conclusion, les expériences sensorimotrices ainsi que l'étayage du thérapeute favorisent l'émergence des éprouvés qui ouvrent la voie à l'intégration mentale sous forme de représentations symboliques. En psychomotricité, il est possible de réaliser un travail autour de l'expressivité du corps selon F. GIROMINI, dont l'objectif consiste pour les patients : à redécouvrir les potentialités imaginaires de leurs corps pour les remanier en représentations symboliques. En pratique, nous utilisons tous les moyens d'expression dont nous avons accès dans notre corps afin de tendre vers une prise de conscience corporelle, à une découverte de son propre fonctionnement corporel.

Les représentations corporelles reposent notamment sur l'image et le schéma corporel mais elles intègrent aussi un processus allant de la sensation à la représentation, favorisant une connaissance de soi.

2) Intégration sensorielle et représentation corporelle : un échange perpétuel

2.1. Sensations, perceptions et représentations

Comme vu précédemment, les sensations sont indispensables dans la structuration du schéma corporel et dans l'évolution des représentations de chaque individu.

La **sensation** constitue la première étape conduisant le stimulus d'un organe sensoriel à la perception. L'ensemble des sensations joue un rôle dans notre façon d'être, révèle quelque chose de notre identité et permet à l'individu de se considérer comme distinct des autres. Elle s'appuie pour cela sur la sensibilité somatique superficielle aussi nommée extéroception qui est relative aux cinq sens, sur la proprioception et l'intéroception.

La proprioception selon S. ROBERT-OUVRAY (46) & A. SERVANT-LAVAL, joue un rôle fondamental car elle constitue « l'ancrage organique de notre identité ». Elle renseigne le sujet de sa posture et lui permet un ajustement car « elle considère le degré de son tonus et des positions relatives corporelles. » Elle mène à une connaissance de soi plus précise.

L'intéroception quant à elle, est une des modalités sensorielles inconscientes, intégrant la somesthésie végétative.

Les **perceptions corporelles** font référence aux sensations vécues par le « corps propre » lors d'expériences d'ordre sensoriel et proprioceptif. Selon E. PIREYRE (44), la perception accomplit un « traitement cognitivo-affectif de la sensation. » Elle appartient à un système conscient qui assure le traitement des informations. Schématiquement, la sensation arrive dans un système qui a une histoire et une mémoire puis la transforme. Ainsi, la perception est subjective et donc très variable suivant les individus.

A cette étape, les sensations sont interprétées en fonction ou non des émotions (la peur peut surstimuler nos sensations et nous mettre dans un état d'alerte, au contraire la tristesse peut réduire nos sensations).

Pour que la sensation puisse devenir une perception, il est indispensable qu'il y ait eu au préalable une répétition ou un séquençage assez important de cette dernière. Sinon, la sensation disparait et est oubliée.

Toutefois, il n'est pas rare de ne pas percevoir consciemment et précisément notre corps en fonction des afférences sensorielles. Les expériences impliquant des modifications dans la perception consciente de la taille du corps qu'il s'agisse

d'illusions proprioceptives selon F. DE VIGNEMONT (2005) (61) ou d'immersions dans une réalité virtuelle (NORMAND et al, 2011), ont pu mettre en évidence ce phénomène relatif au « corps imaginaire ».

La perception devient une **représentation**, autrement dit la sensation est associée à une dimension subjective et mémorielle. Plus précisément la représentation correspond à la dernière étape du processus. Elle désigne une image, une figure, une forme…

Selon G. PONTON, la structuration des représentations corporelles se base sur la sensorialité et le mouvement. La représentation corporelle se situe au centre de trois sphères relationnelles : celle qui se rapporte à soi, à l'autre et à l'environnement.

La relation à soi est issue des sensations proprioceptives et intéroceptives. Elle conduit à la conscience d'être un sujet « unifié » et différencié de l'autre.

Quant à **la relation à l'autre,** elle est permise par la sensibilité extéroceptive. L'identification de l'existence de l'autre confirme ma propre existence comme assimilable et différenciée.

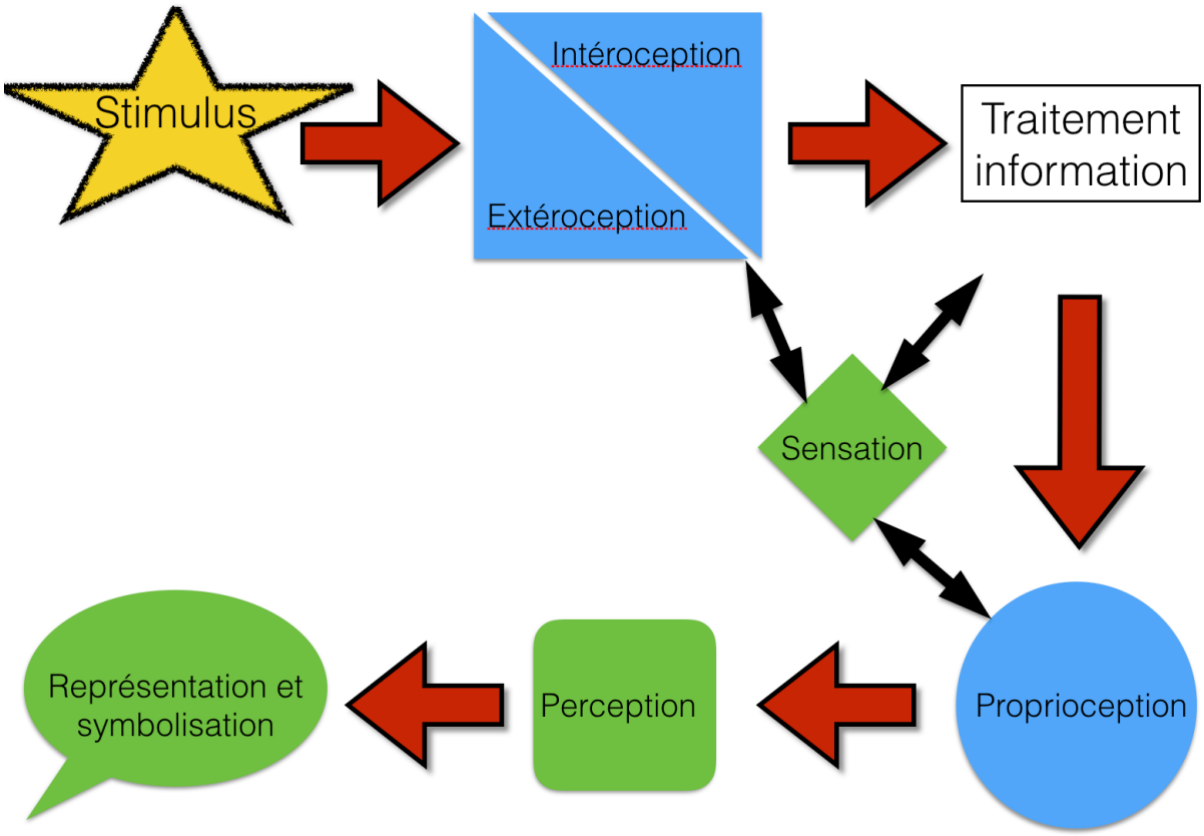
Enfin**, la relation à l'environnement** est également conduite par l'extéroception. Je viens d'une culture, d'une lignée, d'une famille et d'un milieu. Elle a pour rôle de structurer le rapport à l'espace.

Il est important de préciser que la séparation de ces trois niveaux est factice. Ils sont intriqués d'un point de vue fonctionnel. En effet, la relation à soi ne s'élabore pas sans une relation à l'autre. Idem pour un déplacement dans l'espace, il s'appuie sur le système extéroceptif (en relation avec l'environnement) mais également sur celui qui est proprioceptif (système plus égocentré).

Il a été vu que les concepts de représentation de soi et d'image corporelle permettent de comprendre les liens complexes présents entre, d'une part le corps vu par l'extérieur (les relations familiales, environnementales, médico-sociales…) et, d'autre part le corps perçu, « vu par le sujet » au cours de ses expériences de vie. Ce « point de vue du sujet » se fixe sur une approche clinique du « corps propre » assimilable au « corps vécu », et à la notion de « corps habité », utilisée par S. GAUMET (21). La perspective de cette approche se référence au psychosomatique et somato-psychique[8].

[8] La perspective de Sami-Ali ou celle de Gauthier décrit bien cette approche authentique individuelle.

Les étapes du traitement de l'information, partant du stimulus vers une représentation sont résumés dans le schéma suivant :



2.2. De la représentation vers une conscience corporelle

La question du niveau de conscience corporelle est liée à la représentation que le sujet a de son propre corps. L'état de conscience correspond à « l'attention portée à l'expérience vécue et éprouvée, sans filtre, sans jugement, sans attente. », d'après Christophe André[9]. Elle émerge « lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent ».

D'un point de vue neurologique, la prise de conscience consiste à recueillir et analyser des afférences sensorielles en portant plus ou moins son attention sur son action. Il s'agit de focaliser son attention sur ses sensations pour s'écouter « intérieurement ». Cela demande au patient de « se confronter à la réalité corporelle vécue », (44).

[9] ANDRÉ. CH, (2011), *Méditer jour après jour, 25 leçons pour vivre en pleine conscience,* Editions.Iconoclaste Eds De L'.

Mettre des mots sur ses ressentis, c'est accéder à un niveau représentation, mais aussi attribuer un sens à ce qui est perçu. Pour E. PIREYRE (44), l'attention garantit « un lien entre la sensorialité et les affects ». Ainsi un travail autour de la conscience corporelle permet un ajustement de la représentation à la réalité.

A présent, nous allons détailler la manière dont les notions développées précédemment s'expriment chez la personne obèse. Nous évoquerons plus précisément les dimensions d'image du corps, schéma corporel et de l'impact identitaire que ces représentations peuvent avoir sur soi.

3) Qu'en est -il de la représentation corporelle chez la personne obèse ?

> « Nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps. »
>
> « Chacun de nous se fait toujours une image exagérée de son corps, soit par excès, soit par défaut ou encore une idée fausse des ressentis internes » (2008). J.D. NASIO

3.1. Image du corps & schéma corporel

3.1.1. Image du corps

> « 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

❖ Image du corps et obésité généralités

La notion d'image du corps permet de déterminer le rapport que chaque personne entretient avec son corps. Cela nous montre également les valeurs sociales importantes auxquelles la personne adhère, influençant sa manière d'être au monde.

Chaque individu crée une représentation de soi et des autres, simultanément chacun perçoit ses comportements et élabore une image de son corps (positive ou négative) en fonction de l'interprétation qu'il fait de son environnement.

En situation d'obésité, l'image du corps, favorisée par le gain de poids est souvent perçue de manière négative et insatisfaisante chez la personne obèse (5).

Dans le cadre d'un atelier médical en groupe, il a été demandé aux patients de définir l'obésité, spontanément les mots évoqués sont : « surpoids, morbidités, gros, nourriture, pertes de repères » (cette personne parle-t-elle de repères alimentaires ou corporels ?).

Dans cette vignette clinique, nous retrouvons une représentation péjorative et dévalorisante de la pathologie et d'eux-mêmes.

Le problème d'estime corporelle observé chez le sujet atteint d'obésité est étroitement lié au regard de ses pairs ou de son entourage lui renvoient. Le miroir est un moyen de représentation qui accentue aussi la dévalorisation de l'image du corps des personnes obèses. De nombreuses patientes racontent qu'elles possèdent des miroirs où seul leur visage est visible, d'autres les cachent car, face à leur reflet dans le miroir, elles ne veulent pas se voir. Elles n'aiment pas leurs reflets et « ne se supportent pas (physiquement) ».

Les photos peuvent avoir le même effet, elles laissent une trace de l'image de soi et reflètent l'apparence. Cette rupture avec le miroir va permettre d'entretenir l'image d'un corps imaginaire, une image d'eux plus « mince ». Il y a une tentative de mise à distance du corps réel au profit du corps imaginaire.

L'évitement de l'image est en lien avec l'estime corporelle qui se définit par un jugement porté à l'image du corps, influencé par les facteurs socio-culturels décrits précédemment. L'estime corporelle permet l'évaluation de l'image du corps (HARTER, 1993) (58), évoque une forte corrélation entre l'estime corporelle et l'estime de soi qui correspond à la considération globale de soi.

Face au culte de la minceur qui règne, la plupart des personnes obèses évitent de voir leurs reflets, elles mettent parfois leur corps à l'écart, éprouve du dégoût et le rejette. Elles développent une image double de leurs corps : une qui est fantasmatique, avec une vision d'une silhouette élancée en miroir de la société, l'autre correspondant à leurs propres corps. Le vécu d'échecs répétitifs suite à des régimes ou à des performances physiques ou dans les relations amoureuses renforce le sentiment de honte voire de haine envers leur image.

D'après G. APFELDORFER (2), l'image du corps de la personne obèse est constamment confrontée à l'image que lui renvoie le monde extérieur. Le sujet éprouve alors des difficultés à maintenir une image de son corps cohérente et conforme à la réalité. L'auteur montre l'existence d'un décalage entre le corps réel et celui appréhendé par la personne obèse qui se perçoit plus ou moins « trapue », selon son état émotionnel et de l'image que lui renvoient les autres.

- Douleur et obésité

Outre cette altération de l'image du corps intensifiée par le regard de la société, les douleurs articulaires, musculaires ou cutanées viennent accentuer cette dégradation de l'image. En effet, les personnes obèses vivent un inconfort dans leur corps. Elles confient être essoufflées, ressentir des difficultés à se mouvoir et être limitées dans leurs mouvements. Lors d'un effort physique ou durant la réalisation de mouvements, elles perçoivent leurs corps comme un « gros poids », « une masse », « un bloc rigide ». De nombreux patients appréhendent le mouvement et n'osent plus bouger de peur d'avoir des douleurs, cela peut s'apparenter à un phénomène de kinésiophobie selon M. TAUZIEDE (56).

Il n'est pas rare d'entendre : « je n'ai pas fait de vélo parce que je sais que j'aurai mal aux genoux. » L'immobilité semble appauvrir les sensations corporelles et permet d'oublier leur corps, contrairement au mouvement qui rappelle ce corps mal aimé. L'absence de mouvement intensifie une dégradation de l'image du corps. S. GAUMET (21), note « notre corps est fait pour être en mouvement. » Comment le corps est-il représenté face à cette douleur et ce poids ?

Dans le service, cette problématique renvoie à la situation de Mme E., 74 ans qui témoigne de ses douleurs. Elle parle de ses genoux en les caractérisant « de grosses pastèques ». A chaque séance d'activité physique, elle ne cesse d'évoquer ses zones douloureuses.

L'ensemble des douleurs semblent également engendrer un vécu morcelé du corps. La douleur est un signal d'alerte physiologique qui peut influencer la motivation en fonction de son intensité.

L'image du corps, la représentation du sujet atteint d'obésité est modulée par le regard d'autrui, les douleurs et a également une influence dans les relations sexuelles.

❖ Obésité et sexualité

L'obésité induit des préoccupations d'ordre comportemental et psychologique. Le rejet de son physique et la culpabilité ont un impact sur la sexualité et plus particulièrement sur le narcissisme (représenté par l'estime de soi dans sa sexualité est une compétence à se trouver beau et attirant en vue d'un rapport sexuel), et l'exhibitionnisme sexuel (concerne notre capacité à se montrer désirable, à dévoiler son corps). Le contexte sociétal renforce l'idée d'une séduction inenvisageable et d'une relation amoureuse impossible en situation d'obésité.
Cette idée est tellement forte qu'un grand nombre d'obèses s'interdisent d'avoir une sexualité tant leur corps fait honte et tant leur manque de confiance est présent. L'image du corps est une problématique qui concerne aussi bien les femmes que les hommes, et mène à un rapport « particulier à la sexualité. » Face à des approches intimes les personnes obèses peuvent éprouver de la surprise et de l'appréhension car elles s'interrogent sur leur attirance. « Pourquoi moi et pas une autre personne plus mince ? » L'identité sexuelle est touchée dans l'obésité.

Ajouté à cela, l'obésité engendre des difficultés au niveau physique, elle peut limiter certains mouvements et sensations dans la vie sexuelle. En effet, les deux partenaires ne peuvent pas toujours adopter les positions qu'ils souhaitent.

Dans certains cas, suite à des traumatismes sexuels, la prise de poids peut avoir comme objectif d'enfouir le corps sexué. De se rendre indésirable et d'écarter le désir de l'autre, ressenti comme une menace. L'enfouissement du corps sexué a potentiellement une autre fonction, celle de diminuer les angoisses d'abandon du conjoint. Ce sont surtout des couples qui recherchent un attachement sécurisant.

Le cas d'une patiente Mme L., 35 ans, rencontrée au cours d'un stage qui explique l'origine de sa prise de poids. Elle raconte qu'elle a subi de nombreux viols quand elle était adolescente. « A cette époque, j'étais mince. Depuis ces évènements, j'ai pris du poids pour me rendre moins attirante face aux regards masculins. »

Du côté des femmes obèses, une étude de l 'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, (INSERM) révèle : un taux de grossesses non désirées ou d'avortements quatre fois plus élevé chez les femmes obèses de moins de trente ans que celles de poids normal et ayant le même âge. L'obésité agit sur les comportements féminins car, bien qu'elles utilisent des moyens de contraception, elles sont plus nombreuses à avoir recours à des moyens moins efficaces. Dans le domaine de la maternité, certaines femmes restent avec leurs kilos en trop après la grossesse. Elles ne parviennent pas alors à faire le deuil de leur ancien corps.

Concernant les hommes, la surcharge pondérale a aussi des conséquences sur la sexualité. Un grand nombre de personnes obèses souffrent de dysfonctionnements sexuels.

En conclusion, l'image corporelle est systématiquement impactée quel que soit le type d'obésité. Plusieurs facteurs tels que l'environnement, les préjugés, les propos négatifs de l'entourage interviennent dans la relation que la personne obèse entretient avec l'image de son corps.
A cela, les problèmes émotifs et l'âge d'apparition de l'obésité s'ajoutent à l'altération de cette image. A long terme, l'ensemble de ces facteurs, peut conduire le sujet atteint d'obésité à souffrir, et parfois même à se haïr.

Abordons à présent le concept du schéma corporel pour tenter d'avoir une meilleure compréhension de la représentation corporelle de la personne obèse.

3.1.2. Schéma corporel

A partir de nombreuses études (Françoise de PALMA et Kristina de RIVIERE), il a été montré une modification du schéma corporel préférentiellement lors des obésités constitutionnelles, ou lors des prises de poids suite à des régimes restrictifs. L'oscillation pondérale interfère sur l'organisme et la silhouette. De ce fait, l'individu perd ses repères (perception et ressentis) corporels. C'est pourquoi, nous pouvons constater une instabilité et parfois une déstructuration du schéma corporel.

Au-delà d'une altération de la représentation corporelle dans l'obésité, l'identité de la personne obèse se retrouve également bouleversée. Nous ne pouvons évoquer la construction de l'identité sans développer le concept d'enveloppe.

3.2. Concept d'enveloppes

L'épiderme remplit la fonction d'enveloppe qui recouvre notre corps mais participe de manière intégrante à la constitution de notre identité. Le sentiment d'avoir une enveloppe et notamment une peau est une représentation psychique d'origine corporelle.
Selon A-M. LATOUR, cette création mentale permettrait au sujet de conceptualiser un « espace organisé et délimité, approprié et donc subjectivé », qui s'appuierait sur les expériences corporelles.

La notion d'enveloppe est surtout connue par sa référence au concept du Moi-peau de D. ANZIEU (4). Nous développerons cette notion pour pouvoir comprendre ce qui se passe dans le contexte de l'obésité.

3.2.1 Moi-Peau

Le Moi-peau est définit pour la première fois en 1972-73 par D. ANZIEU (4), comme : « 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 ». Ce concept désigne une représentation dont le jeune enfant utilise durant son développement pour se représenter lui-même, à partir de sa propre expérience cutanée, impliquant l'élaboration d'un « Moi contenant ».
Ce dernier apparaitrait au moment où « le moi psychique se différencie de son moi corporel sur un plan opératif et reste confondu avec lui sur un plan figuratif ».

La construction du Moi-peau repose sur huit fonctions dont six fonctions seront détaillées, intéressantes dans notre compréhension de la pathologie.

La première est celle de **contenance**, représentée par un sac qui contient et garde à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, l'étayage verbal ont suscité. A cette fonction s'apparente à la notion de *handling* de D.W. WINNICOTT (64) qui constitue l'ensemble des soins assurés par la mère à son bébé. La peau vient créer une enveloppe contenante qui recouvre l'intégralité du corps.

La deuxième assure la fonction de **maintenance** grâce au soutien de l'ensemble des composantes de notre organisme (squelette, muscles), le Moi peau maintient notre monde interne, le psychisme. En parallèle, la façon dont la mère accompagne et soutien son enfant, peut être associée au concept de *holding* maternel de D.W. WINNICOTT (64).

La peau joue également un rôle de **protection** contre les agressions extérieures. Elle est aussi appelée « fonction de parexcitation ». Ici, la couche externe réceptionne les sensations et protège des agressions physiques de la couche interne, plus sensible.

Le Moi-peau permet d'accomplir la fonction d'**inscription des traces** car elle enregistre l'ensemble des empreintes (plutôt sensorielles) résultant de l'interaction du corps au monde.

La cinquième fonction correspond à **l'intersensorialité** qui met en lien les diverses sensations entre elles afin d'élaborer une signification « commune ».

Enfin, le dernier rôle présenté correspond à **l'individuation** qui présente la peau comme unique par sa couleur, sa texture, son odeur. En ce sens, l'enveloppe cutanée assure un sentiment d'être unique et donc différent de l'autre.

Les deux autres fonctions non abordées sont celles de la sexualisation et de l'énergisation ou recharge libidinale.

En lien avec notre sujet, il serait possible d'ajouter la fonction de stockage, à proprement parlé de stockage de graisses qui serait à rapprocher de la fonction mnésique selon D. ANZIEU.

3.2.2 Moi-Peau & obésité

La graisse a un aspect « mou, doux ». Avec cet enveloppement graisseux, le sujet cherche à créer un phénomène sécuritaire, à favoriser une dimension d'enveloppement maternel rassurant. La prise de poids consisterait à épaissir la peau, en la recouvrant par un tissu graisseux, afin d'élaborer « d'une carapace épaisse protectrice ». Selon CARRAZ (9), elle représente un mécanisme de défense contre les agressions extérieures (comme les regards et les jugements externes), vécues comme intrusives. Cette barrière entre soi et l'extérieur rendrait la relation difficilement accessible. Le sujet cherche d'une part, comme évoqué précédemment à se dissimuler de soi, d'autre part il peut rechercher la captation du regard de l'autre par le corps corpulent. Avec la prise de poids, il y a une idée d'être vu sans être vu de l'intérieur.

A. SANAHUJA & P. CUYNET (49), quant à eux font l'hypothèse d'une création une seconde peau qui serait protectrice en compensation à « la première peau psychique (qui) n'a pas pu se mettre en place ou (qui) a des failles ».

P. PEUTEUIL (43) relie le concept de Moi peau d'ANZIEU (4) à la théorie de Moi-Graisse. Il imagine le « rôle de tampon » du Moi Graisse, ajouté à la fonction d'interface du Moi peau. Ce tampon absorberait, atténuerait les agressions menaçantes du quotidien qui attaquent l'harmonie psychocorporelle du sujet atteint d'obésité. Tous les conflits, les tensions agressives s'accumulent et se stockent au sein du sujet. La « graisse » engendre progressivement un isolement du sujet par rapport à son environnement. L'individu est parfois coupé de ses sensations et ne considère plus son corps. Il peut y avoir des négligences vis-à-vis de soi.

Face à cette peau perçue comme épaisse et graisseux, j'ai pu constater une négligence de la prise en soin du corps ainsi qu'une représentation corporelle dégradée chez la personne atteinte d'obésité. Lors d'un atelier de socio esthétique, j'ai pu me rendre compte de ce constat.

A la question posée par la socio esthéticienne : comment lavez-vous votre corps ? Mme P. répond : « je le frotte avec un gant de toilette. Il faut que ça râpe bien comme une brosse métallique et que ça fasse du bruit. Pour le visage, j'utilise une brosse électrique spéciale car sinon je décape ma peau. Je frotte trop fort, je pense. J'ai des plaques rouges qui apparaissent, je suis allée voir un dermatologue pour ça. »

Mme T., une autre patiente confie :
« Quand je ne me sens pas bien dans ma tête. Je mets de la crème une seule fois, rapidement parce qu'il faut le faire. Je m'en veux tellement de la situation dans laquelle je suis. Je ne me touche plus. Quand je me sens mieux, je prends plus de temps pour le faire et je me masse. »

Mme L. témoigne :

« - J'ai la peau du visage sèche, je ne comprends pas.
- Sur quelles parties du corps, mettez-vous de la crème ?
- Je la mets sur les bras et puis les pieds, c'est tout. Je me laissais aller avant de venir ici (au centre).
- Essayez d'en mettre un peu sur votre visage pour l'hydrater. Votre peau sera moins sèche.
- Oui je n'avais pas pensé à cette partie du corps. »

3.3. Représentation de soi

La représentation de soi intègre le concept de soi, théorisé par William JAMES (1890), qui le définit comme : « la somme totale de tout ce que la personne peut appeler sienne, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et ses amis, sa réputation et son travail (…). » Cette notion est constituée d'une multitude de perceptions que la personne éprouve au sujet d'elle-même. Son contenu émerge à l'issu des expériences personnelles.

COLEMAN (1969, p62) paraphrase ce concept, c'est l'image que la personne se fait d'elle-même, la conscience d'elle-même comme distinct d'autrui et des objets. Cette image de soi inclut la perception de son « être » (l'identité de soi) et de la valeur qu'elle s'attribue (estime de soi). Le concept de soi répond plus globalement aux questions : Qui suis-je ? Quel type de personne suis-je ? Quelles sont mes forces, mes faiblesses ? La façon dont la personne se perçoit et développe son identité personnelle, joue un rôle dans l'orientation ainsi que l'organisation de ses comportements. A l'issu de chaque comportement, de chaque action l'individu établit une évaluation subjective aussi appelée estime de soi. Il s'opère un rapprochement entre l'estime de soi et l'obésité que nous allons aborder maintenant.

3.3.1. L'estime de soi

L'estime de soi évalue l'ensemble des représentations que le sujet a de lui-même. Elle correspond à la valeur que l'individu s'accorde à lui-même, s'il s'aime ou pas (58) (D. MARTINOT, 2004). Elle est intimement corrélée à la confiance en soi, permettant à l'individu de s'affirmer, d'affronter les autres, d'agir face à ses problèmes et de réussir.

Elle est impactée chez la personne obèse, dans une même continuité que l'image corporelle.

Les causes du manque de confiance en soi sont multiples. Parmi les plus récurrentes :

La peur du regard de l'autre : fait écho à la stigmatisation sociale, évoquée précédemment. Elle peut orienter l'individu obèse vers une souffrance. Celui-ci va l'exprimer par un sentiment négatif, sous forme de honte, de dévalorisation de soi et par une faible confiance en ses capacités.

N. DUMET (16) ajoute que ces personnes se sentent mal dans leur corps, le déteste. Elles ont l'impression que l'image de leur corps est constamment jugée négativement par les autres. *Leur représentation corporelle est perturbée car sa construction ne se base plus sur des sensations corporelles propres mais davantage sur l'image véhiculée par les autres.*

En effet, les sensations corporelles (liées à la pression articulaire, à la lourdeur, au volume…) s'étant modifiées rapidement, engendrent chez la personne obèse un bouleversement des ressentis. Ainsi, il arrive que les personnes obèses ne se reconnaissent plus dans leur corps. Leur identité peut dans certains cas se retrouver impactée. « Dans mon corps je ne suis plus seule, nous sommes deux, il y a moi et ce gras. »

La crainte de la critique : il est fréquent d'entendre les personnes obèses dire « J'ai respecté les quantités que vous m'avez conseillé, je fais exactement comme vous m'aviez dit de faire. » Elles ont peur de mal faire et de se faire « gronder ». La personne ne maigrit pas pour elle mais elle le fait fréquemment pour autrui. A ce propos, C. FISCHLER & MASSON, cité dans l'ouvrage de ZERMATI (65) développent le concept de « rapport hétéronome à l'alimentation » qui guiderait l'individu au moyen de principes extérieurs à lui-même. Seules les règles externes sont signifiantes pour lui et le guident.

Le doute de soi : la personne obèse n'est pas sûre de ses capacités et ses limites. Selon APFELDORFER (2) (1991), le rejet social favorise ce doute, qui remet en question l'image de son corps, ses valeurs, ébranle sa personnalité et influence négativement son estime de soi.

Le sentiment d'être « faible » : est favorisé par l'accumulation de multiples échecs. La patiente obèse l'exprime par les propos ci-contre : « je suis nulle, je ne suis pas capable. » Cela a un impact direct sur la motivation du sujet. Il n'a plus envie de fournir des efforts qui lui paraissent alors inutiles et inefficaces. A termes, le patient a de moins en moins confiance en lui et intensifie les jugements négatifs avec une forte dépréciation de lui-même.

Il n'est pas rare que le stress vienne accentuer la mésestime de soi. En effet, une situation stressante peut confronter le sujet à une certaine vulnérabilité dont il n'a pas toujours les solutions pour la gérer. La faible estime de soi peut conduire à un isolement social : le jugement péjoratif envers lui-même renforce sa crainte de l'autre. Dans des situations exposant le sujet en public, il se sent mal à l'aise et vulnérable.

Au-delà du sentiment de mésestime de soi, la personne obèse se sent responsable de son état. La culpabilité et la responsabilité ont une influence majeure sur ses comportements.

3.3.2. Responsabilité et culpabilité

Il convient de définir au préalable la notion de responsabilité. D'après *Le trésor de la langue française informatisé* (46), la responsabilité est « l'obligation de répondre de ses actes et d'en supporter toutes les conséquences. »

Le sujet obèse est stigmatisé car il ne respecte pas la norme sociale. Il est pointé du doigt par la société, sa famille, et parfois par la médecine en le considérant comme responsable : il n'est pas « normal », il est coupable de sa pathologie.

L'opinion commune, repose sur une théorie simple : l'obèse est dans cet état parce qu'il a trop mangé ou a eu une mauvaise alimentation, ainsi il suffirait de manger moins et mieux pour ne plus être obèse. Autrement dit, il est responsable de son obésité et peut agir dessus (maigrir) pour ne plus l'être. Pourtant, la question de la responsabilité n'est pas si facile à résoudre. Si la personne obèse pouvait changer son état si simplement, l'accroissement de la prévalence mondiale de l'obésité ne serait pas si remarquable.

A terme, la personne obèse s'approprie et se réduit à cette stigmatisation, la conduisant vers un sentiment de dépréciation d'elle-même. A chaque comportement déviant (consommation d'aliments trop gras ou sucré, excès alimentaire), le sujet obèse se trouvera confronté à un cercle vicieux où la culpabilité viendra renforcer ce comportement à connotation négative.

Mme L., 54 ans ayant une obésité réactionnelle, témoigne : « La situation dans laquelle je suis, je peux m'en vouloir qu'à moi-même. J'ai accumulé les tricheries. Je me suis faite trop plaisir en mangeant n'importe quoi. Au début, je me disais : ce n'est pas grave, c'est une juste une petite part de gâteau mais j'ai continué. Je n'ai pas réussi à m'arrêter. Ma famille m'a fait remarquer ma prise de poids à mainte reprise mais j'ai entendu que ce que je voulais entendre. J'ai essayé de maigrir par des régimes, cela a vraiment été une erreur. »

Le comportement alimentaire déviant est un élément qui intensifie la culpabilité de la personne obèse. Selon B. ROTHIOT et V. LE MONTAGNER (47), la culpabilité correspond « à une responsabilité ‘’négative’’ : l'individu se sent coupable de ne pas adopter les comportements adéquats. Il est coupable puisqu'il transgresse la règle, ne respecte pas la norme sociale. »

Du point de vu de la physiopathologie et du déterminisme social, le sujet obèse n'est pas responsable de sa prise de poids ni de son amaigrissement. L'être humain n'a pas autant de contrôle sur son poids. Des systèmes de régulation permettent de maintenir un poids stable (cf la partie valeur de consigne).

Il convient d'ajouter que les adultes ne sont pas forcément responsables de leur environnement, ni de leur comportement (par exemple, les femmes ou les hommes ayant été victimes de traumatismes sexuels et qui adoptent la prise alimentaire comme mécanisme de défense.)

Pour conclure, il est difficile d'attribuer l'unique responsabilité de la maladie à la personne obèse. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans cette pathologie, la rendant complexe à comprendre. Dans l'obésité, il n'est pas rare de rencontrer une détérioration de l'estime de soi. A quoi correspond-elle ? Comment s'exprime-t-elle ?

Mme J. 65 ans, a une représentation d'elle négative. Lors de la séance d'activité physique, la kinésithérapeute lui demande de choisir un appareil de sport. Elle prend le vélo et s'y installe dessus. Elle appréhende et se met en retrait quand la kinésithérapeute annonce la durée de l'exercice. Elle commence à faire du vélo et regarde le reste du groupe, puis au bout de deux minutes se plaint. Elle répète : « je ne vais pas pouvoir tenir les trente minutes demandées. Je ne suis pas sportive, je ne fais pas comme les autres, je suis plus lente et j'ai des douleurs. » La kinésithérapeute l'encourage à poursuivre en lui expliquant qu'il sera possible de s'adapter en fonction de ses capacités ainsi que ses douleurs, et ajoute : « le but n'est pas de faire comme les autres mais plutôt de faire ce qu'il vous est possible de faire. »

Ce témoignage reflète l'importance de l'accompagnement verbal de la personne obèse, pour favoriser la motivation par des encouragements qui rassurent.

Pour résumer l'ensemble des théories exposées, rappelons que l'obésité est une pathologie complexe qui regroupe des questions concernant la maladie et des interrogations relatives à la personne obèse. D'une part, elle englobe les représentations générales du corps corpulent, celles du sujet obèse, de l'obésité en soi, d'autre part, elle considère le regard médical, culturel et scientifique.
L'ensemble de ces facteurs influence la personnalité et les représentations tant corporelles que individuelles de la personne obèse.

A travers l'expérience clinique que je vais vous présenter, j'approfondirai cette notion initiale de représentation corporelle. Je développerai l'intérêt d'un accompagnement pluridisciplinaire dans un but de faire évoluer la représentation que le patient se porte sur lui-même, et de favoriser une écoute de soi, afin qu'il puisse prendre soin de lui.

III) Expérience clinique

1) Présentation du Centre Spécialisé Obésité (CSO)

1.1. Généralités

Depuis 2011, le ministère de la santé a décidé de mettre en place et d'identifier des CSO dans chaque région, relatifs au plan national obésité (2010-2013) et au Programme National Nutrition Santé (PNNS). L'identification de 37 centres spécialisés a pour objectif de lutter contre l'augmentation du surpoids et de l'obésité en France. Ces centres contribuent à des prises en charge pluridisciplinaires de l'obésité sévère et, favorisent une organisation de la filière de soins dans la région en coordonnant les différents acteurs impliqués dans la prise en charge.

Dans ce type de structure les patients suivent un programme **d'éducation thérapeutique**, basé sur un principe incontournable celui de construire avec le patient un projet de soins personnalisé. Parmi les moyens favorisant cet enjeu, apparait la nécessité d'un travail individuel et collectif, d'une participation active ainsi qu'un suivi pluridisciplinaire à long terme. Le projet de prise en charge s'articule autour s'un objectif principal : celui de l'amélioration ou le maintien de l'état de la santé, avec une perte de poids progressive et durable pour le patient.

De façon plus détaillée : en quoi consiste l'éducation thérapeutique, quel est son intérêt ?

L'Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique (ETP) d'après l'OMS en 1998 est : « une formation qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

Ainsi, elle s'adresse à l'ensemble des personnes (enfant, adolescent, adulte) avec une maladie chronique. Elle peut être proposée quels que soient l'âge, le type, le stade et l'évolution de la pathologie. L'offre de l'ETP n'est pas uniquement destinée au patient, elle concerne également l'entourage s'il le souhaite.

Elle se fonde sur deux dimensions principales : l'analyse des besoins et des motivations du patient, ainsi que sa réceptivité au projet accompagné de sa collaboration à la conception. C'est un processus continu qui s'inscrit dans son parcours de soin. En effet, elle relève d'un cadre législatif, stipulé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, à l'article L.1161-1 du code de la santé publique (p13). La pluridisciplinarité est au cœur du programme de l'ETP.

Les objectifs de cette intervention sont : l'acquisition ou le maintien de compétences d'autosoin et des aptitudes d'adaptation selon la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle n'a pas, à proprement parler pour but d'éduquer le patient mais plutôt de le rendre acteur de sa maladie. Pour cela, les ateliers donnent matière au patient pour qu'il comprenne sa maladie et son traitement.

Les bénéfices de cette ETP sont : d'une part, de favoriser l'amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches ; d'autre part, de permettre au patient de poursuivre sa propre maturation (autrement dit, de mieux se connaitre, de gagner en confiance en lui, de faire des choix, de résoudre des problèmes et de se déterminer des buts à atteindre) ; enfin, les avantages sont d'ordre économique avec la baisse du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences.

Dans son élaboration, le protocole d'ETP se compose de quatre étapes.

La première étape a pour rôle de constituer un diagnostic éducatif, il s'agit à l'aide d'un entretien motivationnel de recueillir et de d'identifier les besoins et les attentes du patient.

La deuxième étape permet de définir un programme personnalisé en abordant avec le patient des objectifs et aptitudes à acquérir.

L'étape suivante a pour objectif de planifier et mettre en œuvre les séances. Cette phase passe par la sélection du contenu des ateliers et des méthodes d'apprentissage. Elle permet de concevoir un emploi du temps précis et pragmatique.

Enfin, l'étape finale consiste à procéder à une évaluation individuelle : elle vise à suivre l'évolution du patient en réalisant un bilan des compétences acquises, du vécu de sa maladie au quotidien et de ses changements.

1.2. Présentation de la structure

1.2.1 Description

Le centre où j'ai pu réaliser mon stage expérimental fait partie d'un de ces centres spécialisés dans le traitement et la prise en charge personnalisée de l'obésité. Labellisé Centre Spécialisé Obésité depuis 2012, il traite les adultes et les enfants. Cependant, les deux services sont séparés en deux unités et lieux différents. Je traiterai spécifiquement du service adulte dans lequel j'ai pu effectuer mon stage.

Concernant le centre adulte, le service est particulièrement spécialisé dans le traitement médical, chirurgical des obésités modérées à sévères (avec un IMC > 35). Il accueille des adultes à partir de 18 ans au sein du service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques.

La prise en charge des personnes obèses comporte différents temps de suivis, qui seront développés ci-dessous.

❖ Les différentes phases de la prise en soin

Ce suivi contient diverses phases : premièrement le patient se fait hospitaliser durant 5 jours pour suivre la **semaine éducative**. Le patient intègre un groupe de six personnes environ. La prise en charge débute par un état des lieux des mécanismes ayant favorisé la prise de poids. Durant cette semaine, un programme d'éducation thérapeutique est animé en pluridisciplinarité avec une proposition de suivi prolongé. Des ateliers en groupe sont proposés : médical, d'hygiène de vie, de diététique, d'activité physique.

Suite à cette période, certains patients sont revus une fois par semaine pendant dix semaines au Centre d'étude et de Recherche en Soins de l'Obésité (CERSO), en Hôpital de Jour (HDJ). A l'issu de ces dix semaines, les patients sont réévalués et poursuivent leur suivi tous les trois mois pendant un an. Au-delà des un an un service téléphonique assure le suivi jusqu'à deux ans. D'autres patients sont suivis de façon moins intense, en HDJ tous les trois mois pendant un an.

Il existe d'autres programmes pour les obésités moins sévères ou les patients qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge en groupe.

❖ Organisation de la journée au CERSO

Dès l'arrivée du patient à 8h, les infirmières effectuent des contrôles médicaux avec des pesées et prises de tension. Une prise de sang est réalisée au début et à la fin du CERSO. Ensuite, la journée se rythme par des ateliers (d'activité physique, médical, diététique et psychologique) animés par les différents professionnels. Le but de ces ateliers est de comprendre sa maladie et d'acquérir des compétences d'autosoin et des aptitudes d'adaptation, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS). Une pause repas prévue à 13h s'intègre à l'emploi du temps. Enfin, la journée se termine à 15h15.

1.2.2 Ateliers proposés

L'ensemble des ateliers est conçu dans un objectif d'autonomiser le patient dans la gestion de sa maladie. L'enjeu est de permettre au patient de réfléchir sur ses habitudes de vie et ses comportements quotidiens. Chaque atelier dure 45 minutes et suscite l'intervention d'une pluralité de professionnels. Les ateliers sont organisés sous forme de groupe, favorisés par des objectifs et des problématiques communes.

Le groupe crée un climat favorisant du ludique, de l'échange, de l'entraide et permet d'enrichir les interactions. A travers le collectif, c'est accorder une place à chacun pour favoriser une dynamique de solidarité, de soutien. Il se construit une « enveloppe groupale » si la cohésion entre les membres qui la compose est suffisamment forte (27). Ce phénomène peut jouer un rôle de contenance, de rassurance et agir sur la confiance en soi. Bien évidemment, le groupe peut paraître inadapté pour certains membres qui exprimeraient, par exemple des propos inappropriés. Chaque sujet est unique avec une personnalité et des problématiques qui lui sont propres. Ainsi, il est indispensable d'être vigilant aux possibles tensions et dysfonctionnement au sein du groupe.

Concernant les demandes de séances individuelles, elles relèvent d'une initiative autonome du patient auprès du professionnel avec lequel il souhaite discuter. Parfois, elles peuvent être issues d'une proposition de l'équipe concernant une problématique spécifique qui a été repérée. Le recours à l'individuel a pour objectif de clarifier des notions vues en atelier, ou échanger dans un contexte plus intime, autour de problématiques rencontrées au quotidien influençant la pathologie.

A présent, nous allons développer les ateliers initialement présents dans le service.

- Socio-esthétique

La socio-esthéticienne intervient lors de la semaine éducative sur une séance. Elle aborde « l'hygiène de vie corporelle », en commençant par présenter et conseiller les patients sur les produits cosmétiques (crèmes, produits hydratants, déodorants) appropriés. Elle évoque également les différents soins du corps à réaliser sur un plan préventif.

- Médical

Le médecin référent (endocrinologue) aborde sous forme d'ateliers, divers sujets en lien avec la pathologie : « qu'est-ce que l'obésité ? » ; « les complications liées à l'obésité » ; « pourquoi faire de l'activité physique ? » ; « la chirurgie bariatrique » ; « la chirurgie réparatrice ». Lors des séances un tour de table est effectué, afin de connaitre les représentations des patients corrélées à leur pathologie.

❖ Diététique

Cet atelier conduit les patients à réfléchir sur leurs habitudes et leurs comportements alimentaires. Ces séances mêlent aussi bien de la théorie que de la pratique et sont classées par thème.
Au début et à la fin de l'hospitalisation un « questionnaire de connaissances diététiques » est établit, afin d'évaluer la compréhension des patients vis-à-vis des différentes notions abordées en séance. Lors de chaque séance un sujet est traité, les « boissons » sont évoquées ; puis la « classification des groupes d'aliments : fruits/légumes, produit laitiers, féculents, viandes » ; ensuite le thème des « glucides » et celui des « lipides ». A mi-parcours de la prise en soin, un « self » est organisé. Ce dernier consiste à partager un repas avec la diététicienne. Il a pour objectif d'aider le patient à composer son assiette en fonction des quantités souhaitables, d'adopter de bons comportements alimentaires (manger en pleine conscience, pas trop vite). Une séance est aussi consacrée à la « lecture des étiquettes » : elle vise à aider le patient à comprendre les informations inscrites dessus et lui permettre de mieux gérer son alimentation. Enfin une séance est dédiée aux recettes diététiques, chaque patient partage ses idées pour favoriser une entraide.

❖ Psychologique

Il a pour thème principal « l'alimentation et les émotions ». L'image corporelle ou d'autres thèmes peuvent être évoqués en fonction des demandes des patients. La séance se déroule sur un mode d'échange et de partage expérientiel. Le but ciblé est de susciter la réflexion du groupe et de favoriser leur participation.
L'élaboration des séances s'appuie sur des supports (colonnes de Beck,…) ou des questionnements issus des patients.

❖ Atelier proposé par le binôme : aides-soignantes, infirmières

Les aides-soignantes ou les infirmières réalisent des entretiens individuels. Elles font remplir des grilles d'évaluation à l'entrée et à la sortie de la prise en soin et peuvent animer des ateliers en lien avec la pathologie. Ce sont elles qui sont chargées d'accompagner le groupe de patients à la marche durant trente minutes. Il s'agit de faire une synthèse sur le déroulement de la marche et des potentielles difficultés rencontrées par le patient. Les aides-soignantes assurent également la distribution des repas le midi.

❖ Activités physiques

La kinésithérapeute et l'enseignante d'Activités Physiques Adaptés (APA), partagent un champ de compétences commun : celui de l'activité physique. Cet atelier a pour but de dresser un profil de l'état d'activité physique de chaque patient. Ainsi, elles font passer des « tests » (de force, de souplesse, d'équilibre et d'endurance avec la marche) à l'entrée et la sortie des dix séances. Cela dans le but d'obtenir des repères objectifs de conditions physiques et d'avoir un aperçu de l'évolution du patient. Sur l'ensemble des ateliers, elles alternent des séances de « cardio » (en proposant un « circuit training » correspondant à une méthode d'enchainement d'exercices dont l'objectif est l'amélioration de la force et l'endurance), de « gym douce » et de renforcement musculaire. La différence entre ces deux professionnels se situe au niveau de leur mode d'intervention.

La kinésithérapeute a une spécificité dans la rééducation. Elle donne des conseils et adapte ses exercices en fonction des douleurs, de l'endurance ainsi que des capacités fonctionnelles de chaque patient.

L'enseignante APA utilise des activités physiques, sportives ou artistiques afin de solliciter les capacités physiques et motrices du patient. Il s'agit d'adapter des activités physiques en vue d'améliorer ou de maintenir le statut de santé de la personne malade.

Concernant la profession de psychomotricien, elle est loin d'être présente dans ce service pour ce qui concerne la prise en soin des personnes en situation d'obésité. Cela questionne sur la spécificité de son intervention.

1.3. Présentation des objectifs du stage expérimental

C'est le premier stage expérimental en psychomotricité qui est effectué dans le service.

Lors de notre rencontre avec le médecin référent endocrinologue, il m'explicite ses attentes et objectifs. Il souhaite comprendre de quelle manière la psychomotricité pourrait être bénéfique aux personnes obèses. Il s'interroge aussi sur le regard nouveau que cette profession pourrait apporter sur les ateliers déjà existants.

Dans un premier temps, j'ai commencé par adopter une position d'observatrice sur un trimestre. Cela m'a permis de connaitre, comprendre le fonctionnement de la structure afin d'appréhender au mieux les problématiques rencontrées par les personnes obèses. Les rencontres avec les différents professionnels de santé ont été enrichissantes, dans le sens où elles ont pu améliorer mes connaissances de l'obésité ainsi que d'apprécier le rôle de chacun.

L'objectif est de déterminer la façon dont la psychomotricité pourrait être intégrée dans la journée de l'HDJ afin de soutenir et accompagner les patients à mieux vivre avec leur corps. Il a été question aussi d'une réflexion autour de l'utilité de certains bilans dans l'orientation de la prise en soin.

En parallèle, la psychomotricité étant peu connue des autres professionnels, il m'a semblé important de pouvoir la présenter, dès mon entrée dans le service. Ajouté à cela, il a été nécessaire d'expliquer le cadre expérimental de cette intervention.

Dans un second temps, il a été question de permettre aux personnes obèses à travers des séances de psychomotricité de ressentir davantage leur corps en favorisant leur conscience corporelle.

1.3.1. Présentation du projet d'atelier en psychomotricité

L'atelier expérimental se déroule tous les vendredis sur cinq séances de trente minutes. Il se compose d'un groupe restreint de trois personnes.

Les séances ont été conçues dans un but de porter une attention spécifique au corps qui se retrouve altérée chez la personne obèse. Cette perturbation s'accompagne d'un jugement dévalorisant de la forme de leur corps et d'une discordance entre la représentation de soi et celle des autres.

Les **objectifs visés** sont : de renarcissiser et améliorer l'estime de soi, de développer une conscience corporelle à partir d'expériences sensorielles, enfin de soulager les douleurs à l'aide de médiations corporelles.

Le psychomotricien permet de traduire ce qui se passe corporellement, au moyen d'explications verbales. A l'aide des expériences sensorimotrices il va favoriser l'émergence des éprouvés chez le patient puis leur intégration sous forme de représentations : il tente de lui faire prendre conscience de son vécu corporel.

J'ai choisi de ne pas proposer de séance individuelle en raison des disponibilités des patients et de leur emploi du temps. En revanche, j'ai eu l'opportunité de mettre en œuvre, plus particulièrement des séances de groupe afin de faire bénéficier une majorité de patients ayant une problématique commune.

1.3.2. Les médiations corporelles : outils facilitant la représentation corporelle

> « Le corps est la médiation absolue de l'homme. »
> Françoise Giromini

Il y a une multitude de thérapies qui permettent d'aborder la représentation corporelle. Dans le cadre de la psychomotricité, je vais aborder la question des médiations corporelles qui favorisent un travail de représentations.

Pour cette partie, je m'appuierai sur l'intervention de René ROUSSILLON, Fabien JOLY et Marc RODRIGUEZ lors du dixième congrès Corps et psyché à Biarritz (octobre 2011), ainsi qu'à l'ouvrage « être psychomotricien » de C. POTEL (44).

« La réalité psychique n'est pas immédiatement saisissable, pour se l'approprier le sujet a besoin de se la donner en la matérialisant dans un ''médium'' suffisamment malléable pour en accueillir la forme sensorielle et permettre de la travailler pour en produire une forme symbolique », R. ROUSSILLON (48).

Notre environnement nous baigne de sensations, cependant elles ne sont pas forcément mentalisées et accompagnées de symbolisations.

Qu'est-ce qu'une médiation ?
D'après les définitions du dictionnaire on retrouve la notion d'intermédiaire entre soi et l'autre. Sur quelles théories s'appuie-t-elle et quels sont ses objectifs ?

- Théories de base

FREUD évoque le principe de plaisir qui serait complémentaire de situations de déplaisir (compulsion, contrainte à la répétition…). Cela interfère le processus d'intégration psychique. Autrement dit, les éléments de notre vie psychique qui n'ont pas été subjectivés, représentés et intégrés suffisamment, confrontent le sujet à des problématiques. D'après ses travaux sur le rêve, il met en évidence deux particularités du processus d'intégration de la matière psychique primaire : celle de l'hypercomplexe qui est une expérience multi sensorimotrice, multi perceptive, pluri-pulsionnelle, et celle qui mêle dans une rencontre le « Moi et non moi », l'autre.

Il y a parfois une partie inconsciente qui émerge de ce processus d'intégration dont il est difficile de s'en saisir.

Selon R. ROUSSILLON (48), « la médiation serait un dispositif pour déployer la matière psychique primitive. Ce que nous avons vécu : le redonner dans des circonstances où l'on peut par fragments le déployer, le déplier. »

Pour que le sujet saisisse l'information et se la réapproprie intérieurement, il est indispensable qu'il passe par une médiation qui aurait pour fonction de transférer sur un « médium » et d'externaliser.

La médiation se base sur les relations précoces : l'environnement maternel, l'entourage. « L'environnement est aussi médiateur. », R. ROUSSILLON (48). Les thérapeutes avec leurs médiations rejouent cette fonction primaire.

D.W. WINNICOTT a beaucoup théorisé la relation précoce en parlant « d'objet transitionnel », qui serait une médiation, une transition entre le monde interne et externe. Il parle également du rôle de la mère qui est la « première médiatrice ». Le visage de la mère a une fonction de miroir : elle reflète l'environnement. Elle est aussi malléable, c'est-à-dire qu'elle transforme l'environnement du bébé pour qu'il ait l'illusion de le créer. La fonction de miroir permet de renvoyer ce qui se vit pour l'individu. Cette composante est essentielle car elle vient renforcer la confiance en soi ainsi que le narcissisme.

❖ Objectifs et choix des médiations

La médiation utilisée va servir à recréer la fonction malléable. En effet, à l'aide de la médiation, il s'agit de permettre au sujet de créer, d'engager son corps en l'exprimant, dans le but d'éprouver des sensations corporelles. Ainsi comme l'énonce C. POTEL (44) : la médiation corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager.

Parmi les objectifs des médiations, il y a :

- proposer un espace d'expériences sensorimotrices, de perceptions ;
- favoriser l'expression du corps, structuré par un étayage relationnel ;
- accompagner la transformation du vécu corporel en représentation.

Comment choisir sa médiation ? B. CHOUVIER & al explicitent le rôle symbolique des médiations. L'importance du choix, n'est pas de se demander la nature de la médiation, ni de se focaliser sur les attentes du thérapeute. Mais plutôt de savoir quelle fonction le médiateur joue, c'est le sens du médiateur qui questionne.
Il cherche à comprendre où est ce que le médiateur agit et pourquoi ? Qu'est ce qui fait que l'objet transitionnel est efficace ?

Pourquoi repasser par les sens pour représenter ? Le vécu corporel est plus concret, il donne une forme, du sens à un élément immatériel (la représentation).

Le panel de médiation est très large. Parmi les médiations nous retrouvons des techniques qui utilisent davantage le toucher (comme les automassages, les mobilisations passives), d'autres s'adressent au mouvement et à l'expressivité (danse, mobilisations dynamiques), aux stimulations sensorielles. D'autres pratiques ont recours à l'attention et la visualisation (comme la relaxation, la respiration).

❖ Description de la médiation utilisée au cours des ateliers de psychomotricité

Relaxation

La relaxation est une discipline en lien avec le développement des processus psychiques et neurologiques. Ainsi, elle s'intéresse aux états toniques (tension/détente) partiellement liés aux états de conscience et de vigilance. D'ailleurs, S. ROBERT-OUVRAY (1995) (46) relève un niveau de vigilance abaissé lors de la relaxation, alors que la conscience quant à elle semble être enrichie par ce « regard intérieur » destiné aux sensations, perceptions et représentations du corps propre.

La relaxation dynamique ou passive vise un état de relâchement, de détente musculaire, et un accès vers un « mieux-être » du fait de l'influence sur les tensions physiques et psychiques. Il convient de remarquer que toute émotion s'accompagne de modifications toniques, à ce propos pour H. WALLON (1942) (62) « Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ».
Cette méthode engage un travail de concentration, de présence à soi et favorise l'écoute des impressions corporelles. La relaxation passive, allongée au sol peut paraitre anxiogène et impossible à pratiquer pour certaines personnes. Parfois la relaxation peut puiser profondément et faire émerger spontanément des ressentis du passé plus ou moins positifs, jusque-là dissimulés. La place du psychomotricien est alors déterminante dans la verbalisation du vécu. C'est pourquoi, il convient d'offrir la possibilité au patient d'accueillir, rencontrer, vivre et intégrer ses émotions.

- Relaxation active

Certaines séances sont inspirées de la pratique du Qi qong. Différentes dimensions sont explorées allant de la coordination motrice dynamique, la précision motrice, à l'équilibre, en passant par la respiration ainsi que la régulation tonique.

La respiration accompagne la réalisation de mouvements lents. L'intérêt n'est pas de chercher la performance mais de s'autoévaluer et d'ajuster le geste sous une maitrise d'informations proprioceptives. Ainsi, ce n'est pas la force musculaire qui est visée mais plutôt d'éviter toutes tensions musculaires, articulaires ou ligamentaires inutiles.

Une régulation puis une harmonisation du tonus peut être observée lors de la réalisation du mouvement lent grâce à la mise en jeu de la respiration. L'avantage de la lenteur est de prolonger la traction comme dans le « stretching », cela a pour bénéfice de gagner en souplesse et en extensibilité. De plus, cette méthode permet au sujet d'accéder à la conscience de son état tonique et favorise la représentation de son corps.

- Relaxation Jacobson

Cette technique est abordée lors la sixième séance car elle nécessite au préalable, à mon sens une familiarisation avec son corps et un état de conscience corporelle. Elle est effectuée en position allongée. Elle consiste à mettre en tension un groupe de muscles pendant quelques secondes puis de le relâcher. L'intérêt est de permettre au sujet de porter son attention sur les sensations éprouvées durant l'état de détente et celui de contraction. Il est aussi question de lui faire prendre conscience du contraste entre les deux états de détente (pré-contraction et post-contraction). Dans cette méthode, l'expérience sensorimotrice est sollicitée, ainsi que la représentation du corps. En effet, il s'agit d'être dans deux états en même temps : d'une part contracter une zone précise et, d'autre part être relâché au niveau du reste du corps.

Je demande aux patients de verbaliser ce qui se passe pour eux, à la fin de l'exercice : parmi les premiers ressentis, « il n'y a rien qui se passe », puis progressivement les ressentis s'affinent. Les perceptions évoquent des thèmes communs qui concernent la température (« je ressens une sensation de chaleur suite à la contraction de mon bras »), le poids (« je sens mon pied plus lourd après le relâchement »), et des sensations de fourmillement. Chaque patient est libre de faire un retour sur la sensation vécue. Certaines questions peuvent orienter son ressentis : avez-vous ressenti une gêne ? Comment avez-vous trouvé la proposition : agréable ? Stressante ? Angoissante ? L'échange autour des ressentis est une étape importante car elle peut apporter au patient une explication (biologique, physiologique) de son vécu, pouvant le rassurer.

- Relaxation Vittoz

La méthode est basée sur une approche psychosensorielle. Elle s'appuie sur la redécouverte et l'exploration des cinq sens en suscitant la conscience de processus corporels normalement automatiques. Le principe est de développer, d'améliorer la qualité de présence à soi et aux autres.

Elle contribue à une action sur le fonctionnement du système neuro-végétatif permettant de favoriser une détente corporelle influençant un lâcher-prise au niveau psychique. Le but à atteindre est de réduire l'excès de tonicité musculaire, de rendre compte d'une meilleure conscience corporelle en permettant une relation profonde à soi et à son environnement.

La séance est construite à partir d'exercices sensoriels (sentir les textures au contact d'objets divers comme une balle ou un vêtement, prendre conscience des odeurs…), des exercices qui incluent des gestes quotidiens (respiration consciente, marche…). Ces propositions peuvent être réutilisées dans la vie quotidienne afin de soutenir le plaisir et donner un sens à l'action.

Lors de l'atelier je fais expérimenter différentes balles (avec une variation de certains paramètres comme la texture, le volume, la densité). Je demande d'avoir une posture confortable, allongée, les yeux fermés (si le patient le souhaite), en vue d'une meilleure attention sur les ressentis.

- Toucher et automassages

Le principe est d'utiliser un contact corporel qui soit bienveillant et non intrusif, afin d'explorer les limites corporelles. Il peut procurer une sensation globalisante, permettre la conscience corporelle et l'intégration des sensations.

Rappelons la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel dans le toucher. Il s'agit d'accompagner le patient à **écouter ses sensations corporelles** en lui offrant la possibilité d'ajuster son tonus au notre. Par le biais d'exercices utilisant le toucher, le soignant peut monter l'existence de tensions corporelles.

J. KEPNER (26) explicite le rôle du toucher : « on l'utilise pour faciliter le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement, de la posture. »

L'axe de travail cible d'une part, la perception des sensations corporelles, la connaissance de leur existence ainsi que le repérage de zones du corps vécues comme agréables ou désagréables. L'objectif principal de ces expériences ne repose pas uniquement sur le ressentis corporel mais sur la « mise en mémoire » du vécu corporel. D'ailleurs J. KEPNER (26) évoque la faculté du toucher à réveiller la mémoire corporelle et à libérer des émotions retenues depuis longtemps. F. GIROMINI (50) ajoute que : « parler de son corps n'est pas facile : c'est un premier pas vers la représentation symbolique. »

L'idée est de faire vivre une expérience de contenance « *holding* », selon WINNICOTT (64) et une reconsidération de soi par le toucher. Il existe différentes techniques de toucher parmi lesquelles se trouve le massage.

Le toucher massage offre un contact « structurant ». Il contribue également au relâchement musculaire accompagné de l'émergence de sensations nouvelles et agréables.

Les séances se fondent sur la pratique d'automassage (Do in). Le principe est de stimuler les différentes parties du corps au moyen de pressions avec les doigts. L'automassage invite à prendre soin de soi par soi-même, en ce sens le sujet est acteur. La méthode est élaborée à partir d'un système de relaxation dynamique et de recharges énergétiques. Il s'agit également d'améliorer la santé de l'individu, c'est-à-dire d'agir sur le corps physique et psychique.

En début de séance, l'idée est d'effectuer un réveil corporel au moyen d'automassages afin de créer un rituel de début, structurant. Il s'agit d'expliquer aux patients que ce moment est aussi un « temps pour soi » durant lequel tous les membres présents se font du bien en prenant soin d'eux-mêmes. Les patients ont appelé cette séquence de l'atelier « un temps de caresse pour s'aimer. » Je n'hésite pas à demander aux patients d'exprimer leurs ressentis lorsqu'ils se « caressent » : « au début, je trouvais cela bizarre, je n'ai pas l'habitude de me toucher et de prendre soin de moi. Maintenant, je sens que cela me fait du bien, c'est doux ! »

Je réalise également un temps de massage à l'aide d'un ballon sur l'intégralité du corps, afin de favoriser un contraste avec l'automassage qu'ils ont pu expérimenter. Le but est de procurer un bien-être, de la détente mais aussi de leur faire prendre conscience de leurs tensions musculaires. Suite à cette proposition, les patients me témoignent leur surprise et décrivent l'expérience plaisante.

Mme E., âgée de 54 ans confie : « je ne vois plus le ballon de la même manière, c'était comme si une autre personne me massait avec ses mains. Le mouvement du ballon était très global. C'était très agréable, je me sens plus détendue. J'ai bien aimé le passage du ballon au niveau des mains, du dos et sur les flancs. Pour les pieds, je préfère une balle de tennis afin de mieux sentir le contact. »

Respiration

La respiration est un processus automatique et commun à tous les êtres. Elle soutient notre fonction vitale grâce au flux d'oxygène et dioxygène de carbone. Elle établit un processus primaire d'échange et de relation entre le dedans/dehors, en ce sens elle représenterait un accès aux perceptions internes. D'ailleurs pour A. SERVANT-LAVAL & S. ROBERT- OUVRAY (46), la respiration joue un rôle de « passage vers l'intériorité, sur les plans sensoriels, affectifs et de la représentation. »

La respiration nous renvoie à notre état corporel et psychique (elle est liée à notre rythme biologique, nos affects, nos pensées). Cette méthode constitue un outil non négligeable pour le psychomotricien. Elle est fondamentale dans la gestion du stress, des tensions, des douleurs en vue d'une recherche de détente ou de relaxation profonde.

En pratiquant une respiration consciente, il est possible de la maitriser ou de l'ajuster en fonction de l'exercice en adoptant une attitude de présence à soi, de détente. Elle représente une technique au carrefour des ressentis corporels et émotionnels. « La prise de conscience de la respiration représente le facteur initial de la connaissance de soi. », selon M. MARTENOT et C. SAITO (34), professeur en relaxation active.

La pratique de cette technique dans un endroit calme et confortable favorise la détente ainsi que la représentation de son corps.

Respirer profondément, lentement et porter toute son attention sur sa manière de faire, apporte de l'affinement à la réalisation du geste, de la fluidité dans le mouvement ; c'est se focaliser et être conscient de ses sensations pour arriver à se délier de ses tensions. Ainsi ce type de respiration est contrôlé et mobilise beaucoup d'attention voire de concentration. Donc ce processus écarte peu à peu les pensées qui nous mènent à ruminer. Respirer en pleine conscience offre aussi un temps pour s'écouter et être présent.

Le thérapeute doit être attentif à l'apparition de vertiges chez les patients, liés au processus de sur-ventilation, accompagné d'un apport excessif d'oxygène.

L'accompagnement de la respiration couplé au toucher soutient les patients dans leurs perceptions et favorise leurs représentations.

Dans les ateliers, l'objectif est de faire prendre conscience et de faire découvrir au patient sa respiration. Les patients commencent en premier lieu à s'intéresser à leur respiration initiale sans la modifier. Ils observent l'origine de leur inspiration et leur expiration, ainsi que les différents paramètres tels que le rythme, le volume et la fréquence respiratoire.
Dans un second temps, le travail se poursuit par une focalisation au niveau des « zones qui bougent dans notre corps » pendant la respiration.

Lors des séances de psychomotricité, je suggère aux patients de se mettre par binôme. Je propose qu'une personne accompagne la respiration de l'autre en posant les mains sur ses côtes. Je me rends compte que le patient guidé amplifie sa respiration au contact de son binôme. La respiration amène une modification de la posture initiale (hypertension au niveau des trapèzes), en faisant abaisser les épaules. Les patients me témoignent de leur surprise face à ce changement d'état postural.

J'aborde la respiration abdominale avec précaution car je m'aperçois que le ventre est une partie du corps qui reste problématique. Certains parlent « d'une zone flasque, sans muscle qui ne sert à rien », d'autres sont complexés par leur ventre et le

dissimulent sous leurs mains. Tous réalisent l'exercice avec des réactions de prestance et évoquent « l'image d'un ballon contrôlable ». Lors de l'inspiration, ils perçoivent un mouvement « d'extension, de grandissement » puis à l'expiration une dynamique de « rétrécissement ».

L'ensemble de mes observations m'ont appris à analyser et me questionner sur les freins pouvant entraver l'efficacité de la respiration durant un effort physique. J'ai enrichi ma disponibilité et mon écoute du patient afin de l'accompagner dans sa propre écoute. Enfin, à travers ces rencontres entre patients et soignant, j'ai perçu l'intérêt du dialogue tonico-émotionnel.

1.3.3. Retour des patients sur l'atelier de psychomotricité

A l'issu des ateliers menés, j'ai pu recueillir les ressentis de six patients lors d'entretiens individuels.

Selon les témoignages, l'ensemble des séances a suscité de la « curiosité » et procuré de la détente. Quant à la séance de stimulation sensorielle basée sur la relaxation Vittoz, elle a permis « une redécouverte des sensations plus ou moins agréables. » Certains patients confient : « je vois les choses différemment avec ces ateliers. »

Mme C. confie ressentir un « meilleur contrôle de sa respiration, grâce aux exercices de respiration qui ont été utiles pour l'activité physique. Les séances d'automassages m'ont appris à prendre d'avantage soin de moi et à apprécier mon corps. Je me mets de la crème plus souvent et je me maquille maintenant. Cela m'a aussi permis de penser à autre chose qu'à la nourriture. »

Mme L. témoigne de ses ressentis : « cet atelier m'a permis de sentir mon corps et de développer mes sensations. Cela m'a appris à prendre un temps de pause pour moi. »

D'autres patients évoquent avoir pris « plus de confiance en eux », « se sentir mieux ». Je note une surprise mais aussi un plaisir dans la découverte de leur corps et de leurs sensations. La perte de poids, la proposition d'ateliers psychocorporels et la globalité de la prise en soin ont soutenu la personne obèse dans sa revalorisation. Il convient de préciser que le nombre de séances est assez restreint pour en tirer des conclusions précises.

Dans un objectif de compréhension des problématiques d'ordre représentationnel rencontrées par les personnes obèses, j'ai décidé d'approfondir ma réflexion et mes recherches au moyen d'études de cas. Je vais présenter un premier cas clinique, celui de Mme R, suivie durant son parcours de soin.

2) Études de cas

2.1. Cas de Mme R.

Anamnèse

Madame R est une dame aux cheveux blonds, âgée de 50 ans, mesurant 149 cm.

Sur le plan socioprofessionnel Mme R exerce en tant qu'infirmière. Elle vit maritalement avec ses 2 enfants âgés de 10 et 13 ans. Son travail lui prend beaucoup de son temps.

Mme R a eu une prise de poids ascendante suite à des expériences chargées en émotion : le décès de son père puis ses grossesses dont 2 diabètes gestationnels et une dépression *post partum*. Elle développe une obésité.

A ce moment-là, elle prend contact avec l'hôpital pour envisager une prise en soin globale car elle « ne se supporte plus ». Elle entame alors la semaine éducative.

Elle entre à l'hôpital en juillet 2017 dans le service d'endocrinologie, diabétologie pour une hospitalisation suite à sa prise de poids. Son poids maximal est alors de 80,9 kg avec un IMC de 36,4. Sa prise de poids s'est faite après plusieurs régimes yoyo et un trouble des conduites alimentaires (boulimie avec purges) déclaré tardivement.

D'après un bilan clinique, elle présente une obésité de classe 2 avec des antécédents médicaux : d'hyperthyroïdie, de troubles des conduites alimentaires (TCA), de cholecystectomie[10], de pancréatite et de stéatosehépatique[11]. Au niveau obstétrical, elle a des antécédents de césariennes.

Au niveau de son alimentation, elle est hyperphage[12] avec tachyphagie[13]. Elle cuisine avec beaucoup de matières grasses et surtout des sauces. Elle trouve compliqué de changer ses habitudes alimentaires car cela vient de sa famille et puis avec ses enfants « c'est difficile car ils aiment tout ce qui est gras et sucré », « mauvais » selon elle.

[10] Ablation de la vésicule biliaire

[11] Stéatose hépatique : est une surcharge de graisse au niveau du foie

[12] Hyperphagie est un trouble du comportement alimentaire qui consiste en une ingestion excessive de nourriture.

[13] La tachyphagie désigne une prise alimentaire réalisée très rapidement

Elle grignote tous les jours et a parfois des compulsions orientées vers des aliments gras et sucrés. Elle mange en « cachette » car elle a l'impression que son entourage la surveille en permanence et lui interdit certains aliments. Elle verbalise : « ils veulent me protéger et bien faire mais parfois ça m'étouffe ! » Quand elle ouvre le placard à l'abris des regards : elle se retrouve « comme une enfant qui est contente de braver l'interdit ». Elle trouve du réconfort dans les aliments mais manque de contrôle. Après le passage à l'acte, elle culpabilise.

Sa dépression et son TCA ont été traités par antidépresseur avec des suivis psychologiques.

La patiente est moyennement sédentaire. Elle se déplace en tramway, à pied et utilise l'ascenseur. Sur le plan de l'activité physique, elle n'en fait aucune car elle n'éprouve aucun plaisir à en pratiquer. De manière irrégulière, elle fait du vélo d'appartement. Parmi les facteurs favorisant son activité physique, elle peut compter notamment sur son mari qui la soutient dans divers déplacements (course, marche). Dans les facteurs limitant son activité physique, nous trouvons : l'apparition de douleurs suite à l'effort notamment au niveau de ses hanches, ainsi que le manque d'envie. L'activité physique est vécue comme une contrainte.

A la fin de sa semaine éducative, la synthèse est faite : la patiente identifie bien ce qui ne va pas. Elle a pris conscience des limites de ses capacités physiques liées à son obésité. Cependant, elle trouve ces obstacles difficiles moralement.

Ses objectifs à court terme sont de rééquilibrer son alimentation en favorisant des aliments moins gras et moins sucrés. Son attente par rapport à l'activité physique est d'en trouver une qui lui corresponde. Ce qui la motive est de se sentir mieux dans sa peau et de pouvoir se regarder dans le miroir.
Elle a l'intention de faire de l'activité physique au moins 3 fois par semaine. Enfin elle souhaiterait se libérer du temps pour elle en prenant une femme de ménage.

Ses objectifs à moyen terme est de perdre 15 kilos afin de diminuer sa stéatose hépatique.

A long terme, elle tentera de gérer ses émotions lors des moments difficiles afin d'accepter les hauts et les bas de la vie, d'y répondre de façon adaptée.

En conclusion, il lui a été suggéré de faire 30 minutes de vélo d'appartement ou de marche pour débuter. Au niveau de la diététique, ses repas ont été baissés en densités caloriques car l'apport était supérieur aux dépenses énergétiques.

Suite de la prise en charge en CERSO

Trois mois après la semaine éducative, elle a perdu 5,6 kg. Elle revient dans le service le 20 octobre 2017 avec un poids de 75,3 kg. Elle vient pour suivre 10 journées d'éducation thérapeutique effectuées dans la continuité de cette semaine.

Les 10 journées suivies par Mme R sont prévues sur tous les vendredis. Mme R se retrouve dans un groupe de 9 personnes. L'équipe soignante qui va suivre le groupe et animer les ateliers est pluridisciplinaire. Elle est composée : du médecin, des infirmières, des aides-soignantes, de la kinésithérapeute, de la diététicienne et de la psychologue. Pour l'activité physique ils sont scindés en 2 sous-groupes. La séance d'activité physique dure 1h30. Toutes les semaines, à chaque début de séance une évaluation individuelle est réalisée pour faire le point sur les changements que le patient a pu mettre en place.

Mme R est alors âgée de 51 ans. Je la rencontre à ce moment-là dans le cadre des séances d'activité physique, animé par la kinésithérapeute. Je reste plutôt observatrice afin d'analyser la motricité spontanée et globale de chacun.

Entretien

Je m'entretiens avec Mme R pour recueillir davantage d'informations concernant sa pratique d'activité physique, sa représentation et son vécu corporel.

Mme R. n'a pas encore trouvé le sport qui lui correspond. Elle vit l'activité physique comme une contrainte, elle trouve cela long et ennuyeux. Quand elle était plus jeune à l'école : elle était « nulle en sport », et « n'aime pas du tout ça ». Actuellement, elle garde encore ce souvenir qui influence son niveau d'activité physique.

Cependant, elle a réussi à mettre en place de « l'aquabike » (en cabine individuelle) durant 30 minutes une fois par semaine car elle a du mal à se mettre en maillot de bain devant les autres. Elle ressent de la gêne et de la honte quand elle le fait. Je lui demande si « l'aquagym » en groupe ne l'intéresserait pas. Elle répond qu'elle a peur de ne pas pouvoir suivre le rythme du professeur. Cette situation renvoie aux phénomènes de stigmatisation et de la peur du regard des autres décrits auparavant.

Au niveau des relations sociales, elle a un petit cercle d'amis qu'elle ne voit qu'occasionnellement. Elle évoque le fait qu'elle n'est pas à l'aise avec la proximité des autres. Elle a comme une « bulle » autour de son corps qui la protège, lorsqu'une personne s'approche trop près, elle se méfie, comme un danger.

En atelier personnel, elle fait de la sophrologie lors de stage une fois par mois. Elle dit que cela l'aide beaucoup se recentrer et faire un travail sur elle-même.

Mme R semble dépassée par le temps. Elle a l'impression de ne pas en avoir pour elle. Dans la journée, elle dit « jongler entre les courses, les repas, le travail et les tâches ménagères. » Après tout cela, elle n'a plus de motivation pour faire de l'activité physique.

Aux questions : comment elle perçoit-elle son corps ? de quelle manière le vit-elle ? Elle répond qu'elle ne se regarde jamais dans le miroir car elle se trouve « grosse » et qu'elle n'aime pas son reflet. Chez elle, elle a des miroirs où l'on ne voit que son visage. Cette conduite est une stratégie d'évitement (coping), centrée sur l'émotion lui permettant de se rassurer. Elle avoue aussi qu'elle se pèse tous les jours car elle a besoin de tout contrôler et surtout son poids. La perte de contrôle la déstabilise et l'angoisse.

Sa boulimie ancienne et ses compulsions actuelles, seraient le résultat d'une volonté de contrôle émotionnel ou conflictuel, favorisés par des restrictions.

Quand elle monte sur la balance chaque vendredi dans le service et qu'elle a pris quelque gramme, elle se sent frustrée. Malgré les nombreux efforts (aussi bien sur le plan physique qu'alimentaire), Mme R se retrouve dans une situation d'incompréhension face à l'absence de perte de poids.

Je lui demande alors si elle sait quelle est la proportion de masse musculaire /graisseuse dans son corps et me dit avec déception : « j'ai pris du gras ». Ensuite, je la questionne sur la perception d'un affinement au niveau de sa taille ou de ses hanches. Elle me répond qu'en effet elle « s'est affinée et qu'elle a perdu quelques tailles de pantalon depuis qu'elle est arrivée dans le service. »

Elle me montre et touche son ventre et le caractérise de « bouée de sauvetage. » Ce mot n'est pas anodin, il fait référence à quelque chose qui délivre et sauve. Elle dit ne pas aimer voir cette partie du corps qui la gêne quand elle fait du vélo ou qu'elle bouge. Elle exprime également de la déception en disant qu'elle ne retrouve plus « son corps d'avant » (celui avant la prise de poids).

Pour revenir au cas, les tests sur l'image du corps qui auraient pu être proposés, permettraient d'avoir une meilleure compréhension de ses représentations du corps réel, fantasmé. Ces tests n'ont pas pu être réalisés pour des raisons institutionnelles, cependant ils seront décrits dans la partie 3.2.1 réflexion de bilans.

La corporéité mérite d'être considérée. La question est de comprendre pourquoi la plupart des personnes en situation d'obésité ne voient plus leur corps comme il est. Est-ce un problème de contenance psychique, de solidité interne influencée par un déficit de conscience corporelle ? Les expériences corporelles étant diminuées par la sédentarité, impacteraient-elles la représentation de son corps et de soi ?

Séance d'activité physique

Mme R est bien intégrée dans le groupe. Elle exprime aux membres verbalement et par son comportement qu'elle n'aime pas l'activité physique. Quand un exercice est proposé elle adopte une attitude de repli, d'attente, avant de commencer puis dit que « c'est trop dur » et qu'elle ne va pas y arriver. Mme R est constamment dans l'idée de performance avec une attitude jugeante envers elle. Elle entretient un discours dévalorisant avant même d'avoir essayé. Elle dit : « je ne peux pas, j'en suis pas capable, je suis nulle. De toute façon je suis énorme je ne pourrai pas faire comme vous. » Le collectif la surnomme la « grande sportive » sur le ton du rire.

Durant une séance, un exercice d'équilibre sur un pied, yeux fermés lui est demandé. Elle se repli et hésite à le faire. Elle rit de l'exercice en écartant toute possibilité de le faire. Elle regarde les autres pratiquer et constate qu'ils y arrivent bien. Elle n'ose pas essayer. Je l'encourage à prendre confiance en elle en la rassurant quant aux compétences qu'elle possède. Elle réalise l'exercice bien que son équilibre soit instable. Elle grimace et bascule de droite à gauche, quelques secondes après l'initiation de son mouvement.

Mme R est volontaire et montre de la motivation. Elle veut bien faire mais manque d'estime d'elle. L'estime de soi est étroitement liée à la confiance en soi basée sur la capacité à faire et sur le sentiment de réussite. Mme R, cultive une dépréciation d'elle et un jugement permanent créant une image négative d'elle.

Je perçois un sentiment d'inefficacité personnelle qui semblerait être corrélé à son besoin de contrôle d'objet. Face à la pression sociale, aux normes (esthétique, du comportement alimentaire) de la société, le sujet va se positionner en fonction. Selon CARRAZ (9), psychiatre, ce besoin de contrôle est une « contre réaction au sentiment de ne pas être acteur de sa vie, de ne pas pouvoir produire d'effets positifs sur l'environnement, de subir les effets du monde extérieur. » Cette tentative de contrôle est cependant inefficace, Mme R ne semble pas faire la différence entre son apparence physique et son être intérieur.
Elle n'arrive pas encore à accepter son corps et accorde beaucoup d'importance aux regards et jugements d'autrui pour se définir.

Mme R. ressent le besoin de trouver le regard du thérapeute comme pour se rassurer, je fais l'hypothèse d'une recherche d'un lien maternant. En consultant le dossier, Mme R. aurait eu des relations conflictuelles avec sa mère, sans plus de détails. Ce comportement de contrôle est aussi corrélé à ses conduites alimentaires (boulimie traitée). Dans la boulimie, il y a une maitrise vis-à-vis de l'alimentation par privation contrôlée, par purges ou incorporation massive.

Chez les individus hyperphages obèses, nous pouvons relever un comportement d'affirmation : « moi je fais ce que je veux, c'est moi qui décide. » Trop manger pourrait être une sorte de mécanisme de défense pour ne pas être sous l'emprise et subir la pression des autres mais permet aussi de trouver une identité.

Lors de petits exercices de renforcement musculaire dos à dos, en binôme, Mme R éprouve des difficultés à faire confiance à l'autre. Elle reste dans un contrôle et éprouve des difficultés à avoir un accordage tonique avec l'autre.

Cependant, en ajoutant du ludique ainsi qu'un étayage verbal à l'exercice, j'observe un changement de son état. Progressivement, elle arrive à se détendre, à rire, à s'adapter pour arriver.

Mme R a participé aux séances de relaxation et de conscience corporelle que j'ai pu proposer dans un cadre expérimental.

Séances de psychomotricité

Je rencontre madame R surtout pour ses problèmes d'image du corps, de revalorisation, de prise de conscience de soi, et de contrôle permanent.

Lors de la première séance, Mme R se montre intéressée et volontaire. Parallèlement elle me confie qu'elle est très sensible à ce type de pratique car elle fait de la sophrologie. Elle est avec moi dans l'échange et la relation.

Chaque séance débute par une stimulation sensorielle tactile avec des balles ou directement avec des automassages sur tout le corps pour favoriser la représentation de l'enveloppe corporelle. L'automassage est dynamique pour susciter un réveil du corps. Ensuite, une série de mouvements plus lents, basés sur l'étirement s'enchaine, suivit d'un relâchement. Chaque coordination s'accompagne d'une profonde respiration afin de susciter une détente profonde.

La respiration s'accompagne de visualisations des perceptions de l'air : il peut être frais, chaud, doux…Je propose un travail seul et par binôme, de représentation des zones corporelles engagées lors de l'acte respiratoire avec un étayage verbal, afin de favoriser la conscience corporelle.

Madame R effectue les exercices d'automassage méthodiquement mais fait rouler la balle avec un mouvement saccadé, peu régulier. Elle reste dans le « faire » et non à l'écoute de ses ressentis. En effet, elle se concentre davantage sur l'action de faire rouler la balle et moins sur ce que la balle suscite chez elle. Mme R est presque surprise de s'occuper de son corps. Lors de l'enchaînement de mouvements lents,

Mme R paraît peu concentrée dans la réalisation des coordinations, elle est prise par un fou rire car elle se rend compte qu'elle ne fait pas les mêmes gestes que les autres. Elle se sent perdue et en échec, elle hésite à abandonner. Je lui suggère alors de ralentir son mouvement pour lui permettre de se recentrer sur ses sensations et ajuster son geste. Elle commence à se calmer et porte plus d'attention sur ses sensations. Son mouvement devient plus fluide. Au début de l'exercice individuel de respiration, Mme R adopte une respiration très rapide. Est-ce de l'angoisse ? Progressivement, les mouvements respiratoires s'apaisent avec la répétition et au moyen d'exercices de visualisations. Enfin, l'exercice respiratoire par binôme a pour but de faire ressentir à son partenaire les parties du corps engagées dans la respiration. A l'issu de cette expérience, Mme R m'a témoigné « sa surprise d'avoir découvert » des zones de son corps qui bougeaient » quand elle respire.

La détente reste encore assez difficile pour cette patiente. Je retrouve son contrôle à travers son tonus musculaire. Par exemple, lors du mouvement de flexion du buste il y a un maintien de sa tête en extension. La réalisation de ses mouvements est discontinue et des réactions de prestance sont à noter. Parfois, elle jette des coups d'œil aux autres membres du groupe pour vérifier qu'elle le fait bien. Je repère chez elle un manque de confiance dans la réalisation des mouvements demandés. L'étayage verbal et la répétition des enchainements ont permis de fluidifier ses coordinations au cours des séances.

Son tonus de fond a pu être observé à l'aide de mouvements de ballant. Madame R est très crispée au niveau du haut de son corps. Son bras est resté contracté en l'air au moment de le lâcher, sur une expiration. Cette situation fait écho à son état de contrôle permanent initialement présent. Pour les séances suivantes, nous travaillons davantage la détente avec l'exercice du ballant. Progressivement, un relâchement musculaire de courte durée apparait.

Conclusion

Au début de ce cas clinique, j'ai perçu chez cette patiente une préoccupation excessive à l'égard du poids incluant des dimensions de l'image du corps et des comportements alimentaires. L'aspect négatif et l'insatisfaction de cette image interfèrent sur sa perception corporelle qui semble être différente de ce qu'il est en réalité. L'image du corps négative est renforcée par les sentiments de regret, honte, culpabilité et haine à l'égard de son corps. Ajouté à cela, la dépréciation de cette patiente envers elle-même, le doute de ses capacités et une conscience corporelle altérée tend à transformer sa représentation corporelle.

A la fin des 5 séances, Mme R me confie que ces propositions d'automassages lui ont fait prendre conscience des limites de son corps et ont permis d'accorder davantage des soins cutanés et corporels. Elle arrive à présent à se voir dans le miroir telle qu'elle est et a plus confiance en elle.
La perte de poids, le suivis médical (l'ensemble des ateliers) ont favorisé l'apparition d'une image plus positive d'elle-même.
Ainsi, une approche autour de la sensorialité a rendu possible l'accès à la conscience de nouveaux éprouvés corporels. Le processus sensoriel a permis d'actualiser la représentation corporelle de Mme R. Cela peut faire écho à la « peau psychique » décrit par E. BICK (28). Elle représente une notion métaphorique qui origine la pensée à partir des expériences sensorielles sollicitant directement la peau.

L'approche psychomotrice a été bénéfique pour cette patiente, cependant le nombre de séances semble insuffisant pour en retirer des conclusions précises.

En parallèle à cette étude de cas, je me suis questionnée sur le vécu des patients obèses avant et après une perte de poids massive rapide. Un des exemples est celui de la perte de poids suite à une chirurgie bariatrique. N'étant présente qu'une fois par semaine au sein de la structure, j'avais parfois un manque de données concernant certains patients. J'ai décidé de m'entretenir avec deux patientes rencontrées hors parcours de soin.

2.2. Cas de Mme N. et Mme C.

Dans le cadre d'une réflexion clinique et d'un recueil d'informations. J'ai choisi de présenter deux entretiens semi-directifs effectués auprès de patientes, ayant perdu du poids à l'aide de la chirurgie bariatrique. Les objectifs de ce recueil de données sont :

- D'approcher dans un contexte qui se situe en dehors du suivis médical, le vécu, les ressentis émotionnels des patients obèses ;
- Décrire, comprendre l'évolution des représentations psychiques de l'image du corps durant une perte de poids ;
- Relever les problématiques occasionnées par l'obésité ;
- Réfléchir sur le besoin d'une intervention psychomotrice.

❖ Chirurgie bariatrique[14]

Le terme bariatrique s'apparente à l'obésité. La chirurgie bariatrique est une technique qui vise à limiter l'absorption de l'alimentation. Il existe deux grandes techniques : dite **restrictives pures**, qui réduisent la taille de l'estomac (l'anneau gastrique ajustable, ou la pratique d'une *sleeve gastrectomy* ; et des **techniques mixtes** qui sont **restrictives et « malabsorptives »** (by-pass, déviation bibliopancréatique).

La chirurgie bariatrique intervient en dernier recours face à l'échec des traitements classiques (suivis diététiques et médicaux). Elle est indiquée pour des patients en situation d'obésité sévère.

❖ Entretien semi-directif

Méthode

Sujets de l'étude et procédure

Deux patientes présentant une obésité modérée à sévère, questionnées 2 à 3 ans après l'intervention chirurgicale. Elles présentent un IMC actuel supérieur ou égal à 35. Chaque patiente volontaire a accepté de répondre à mes questions. Des entretiens d'une heure ont été effectués afin de recueillir des informations sur les conditions de vie (familiale, sociale…), sur le parcours médical, sur l'obésité et ses représentations, le vécu de l'opération, la perte de poids.

Les données sont descriptives elles visent à offrir une discussion et une interprétation des vécus corporels et émotionnels liés à la représentation corporelle des patientes.

Outil

Un questionnaire (présenté en annexe 6) évoque le parcours médical, les habitudes de vie, les changements occasionnés, le rapport ainsi que la représentation du corps avant et après l'acte chirurgical.

Présentation et caractéristiques des patientes

Madame N., 53 ans a un fils de 13 ans et est séparée de son conjoint. Lors de l'entretien, Mme N. reste polie, ouverte et aimable. Elle parle lentement, calmement avec un discours riche en émotion. Elle sourit parfois.

[14] Voir annexe 5

Sur le plan médical, elle souffre d'apnée du sommeil. Elle a été aide-soignante en gériatrie pendant 20 ans. Elle s'est beaucoup occupée de sa famille et a été confrontée à la mort « toute sa vie ». Elle a perdu sa mère de 80 ans atteinte d'obésité sévère (avec un poids de 160 kg), durant la même année son frère de 54 ans décède suite à une embolie pulmonaire favorisée par le surpoids. Elle perd le dernier membre de sa famille, son père d'une tumeur de l'intestin, 7 ans après le décès de sa mère. A l'issu de ces évènements, elle a eu du mal à réintégrer l'équipe et a été licenciée pour inaptitude. Elle développe un épisode dépressif et quitte alors son poste car le rapport à la mort n'était plus supportable. Elle tente de se reconvertir professionnellement en assistante maternelle, sans succès.

Elle a toujours été « forte », mais pas obèse dans son enfance. A partir de l'adolescence la prise de poids s'est accentuée puis progressivement elle a continué, en réaction au stress et à la grossesse. Lorsqu'elle est fatiguée, elle trouve du réconfort et de la force dans la nourriture. Elle disait qu'elle avait besoin de « remplir ».

A l'âge de 39 ans, elle se marie, tombe enceinte. A cette époque elle pèse 64 kilos, son mari la critique par rapport à sa corpulence. A partir de ce moment tout va très mal, elle divorce de son mari. Elle prend du poids et atteint 70 kilos. A ce moment, elle débute les régimes. Elle réussit à perdre 10 kilos quelques mois après chaque régime, mais elle reprend le poids perdu.

La baisse de moral et les échecs lui font abandonner les régimes qu'elle n'arrive pas à suivre. A 50 ans, elle pèse 88 kilos pour 1,58 mètres. Son IMC de 35 indique une obésité de grade 2, considérée comme modérée.

Avant l'opération, elle se négligeait et n'avait pas envie de s'habiller. « C'était tout un bazar pour s'habiller, je n'arrivais pas à trouver des vêtements à ma taille. Concernant le maillot de bain, ce n'était pas la peine. » Elle ne prenait pas soin de son corps car elle n'était pas motivée. « A quoi ça servait de se faire belle, quand on n'aime pas son corps. » « Le regard des autres a été aussi très dur à vivre, il est blessant. » Dans la vie quotidienne, les déplacements sont difficiles, « le poids me provoquaient des douleurs aux muscles et aux articulations. Quand je me baissais, c'était difficile, mon ventre faisait comme une boule qui me coupait la respiration. »

Son obésité associée à ses complications médicales (son hypertension artérielle et son apnée du sommeil) ainsi que ses antécédents familiaux ont favorisé l'accord médical et pluridisciplinaire pour l'intervention chirurgicale.

Elle espère beaucoup de son opération qui lui permettrait de perdre du poids : « d'être mieux au niveau esthétique » ; « de pouvoir enlever son appareil du sommeil » ; de pouvoir se regarder et s'accepter ; « de faire du sport » et surtout « ne pas être handicapée comme ma maman avec son obésité. »

Lors de l'entretien post-opératoire, deux ans et demi après, elle pèse 54kg. Elle a perdu 34 kilos en trois mois. La conversation s'engage sur l'amaigrissement rapide provoquant un changement brutal de l'apparence physique « le changement est rapide, on est content mais on n'y est pas prêt. J'ai eu des difficultés à intégrer cette perte de poids, comme si entre mon corps et ma tête, il y avait une certaine distance.

Je ne me suis pas rendue compte de la perte de poids. Il a fallu que la boulangère me le dise et que je me vois sur une vitrine de magasin pour que j'en prenne conscience. J'ai eu du mal à me reconnaître au début. J'ai été vite perdue pour choisir mes vêtements. »

Elle évoque aussi sa peur de reprendre du poids. « Je suis passée par l'obésité, maintenant je dois tenir une ligne de conduite pour ne pas reprendre, je dois continuer à contrôler. » Parmi les autres modifications suite à la perte de poids, elle me fait remarquer sa satisfaction d'elle-même et son image plus positive. « Je suis fière de moi, je me sens mieux dans ma peau. A la piscine, je ne suis plus gênée de mettre mon maillot de bain. Je prends plaisir à me maquiller maintenant et je mets plus de jupe. Je suis plus agile et j'ai moins de douleurs. Par contre, la perte de poids au début m'a fait perdre mes repères corporels, je l'ai ressenti au niveau de mon équilibre. »

Elle me fait remarquer le changement du regard des gens. « Les hommes me regardent plus. Il y a d'autres personnes qui pensent qu'on est malade et me demandent si ‘'ça va ? ‘', j'ai trouvé ça troublant. »

Mme N. conclut en disant que la perte de poids n'a pas résolu tous ses problèmes, malgré les changements positifs, elle a peur de retomber dans la dépression si elle reprend du poids. Elle reste déçue car elle espérait retirer son appareil pour l'apnée du sommeil.

Témoignage de la seconde patiente, Mme C.

Madame C. est âgée de 32 ans, secrétaire depuis janvier 2017. Elle m'accueille chez elle pour réaliser un entretien postopératoire. Elle est pacsée depuis 2011, et a deux enfants de 5 et 7 ans. C'est avec une voix posée et qu'elle raconte l'histoire de sa prise de poids. Elle a été conductrice de train pendant dix ans, puis en 2005-2006, elle se fait licenciée suite à la faillite de l'entreprise.

Sa prise de poids 50 kilos a eu lieu suite à sa perte d'emploi et sa première grossesse. Son alimentation déséquilibrée, constituée de grandes portions, influence son poids. Elle commence à effectuer plusieurs régimes mais sans succès durable. S'ensuit une période de fluctuation pondérale. Elle atteint un poids maximal de 153 kilos pour 1,67m, indiquant une obésité sévère (IMC 54).

En 2012, elle décide de se faire poser un anneau gastrique pour pallier à son surpoids, dans un objectif esthétique et de condition physique.

Elle décrit son vécu avant la perte de poids suite à un acte chirurgical. « A l'époque je ne me sentais pas jolie. Je rencontrais des difficultés à circuler, à me déplacer, au cinéma parfois je restais coincée dans le fauteuil. J'avais beaucoup de douleurs au niveau des pieds et du dos. Je dépasse la douleur, même si ça tire je bouge car sinon je ne fais rien. »

Mme C. souligne également sa préoccupation pour son apparence physique. « Je vis le surpoids comme une gêne visuelle. Je souffre de mon apparence, je n'ai pas envie que mes enfants vivent les critiques et les moqueries liées à l'apparence de leur maman. »

L'anneau lui fait perdre 66 kilos, elle pèse 87 kilos. Elle est satisfaite de sa perte de poids. Cependant en fin 2015, son anneau s'est desserré puis s'est déplacé et il faut l'enlever. Elle reprend du poids et a faim fréquemment. Cette reprise de poids est très mal vécue, beaucoup de culpabilité émerge. « J'avais du mal à me regarder sur les photos. » En août 2016, elle réalise un « *by-pass* ».

Elle relève des effets bénéfiques après cette opération. « Je me sens revivre, j'aime ce que je deviens. Je fais plus attention à moi et je suis plus coquette. Je peux m'habiller comme je veux et le regard des gens est moins persécutant. » Parmi les parties de son corps qu'elle apprécie, elle déclare : « j'aime plus mon visage et mes fesses grâce aux renforcements musculaires, j'aime moins mes bras et mes seins car j'ai la peau qui pend à ce niveau. »

Actuellement, elle pèse 86 kilos et a pour projet d'atteindre le poids de 70 kilos. Elle me confie sa peur de reprendre du poids « la balance est toujours un problème pour moi, elle m'angoisse car j'ai peur de ne plus perdre. L'obésité est un combat quotidien. Il faut continuer à contrôler son alimentation. » Elle conclut en disant qu'elle a bien vécu sa chirurgie. « Si c'était à refaire, je le referai. »

Discussion sur la représentation corporelle et de soi suite à une perte de poids.

D'après l'entretien des deux patientes, les résultats montrent :

La prise de poids fait naitre une insatisfaction corporelle, une dépréciation de soi et une altération de l'identité. Il y a une extrême culpabilité et une responsabilité vis-à-vis de cet état. Le corps est négligé et mis de côté, intensifiant le retrait social.

Quant à la chirurgie, elle suscite un profond remaniement corporel et identitaire. La perte de poids induit une image corporelle plus positive de soi. Ces patientes s'occupent, de nouveau, de leur corps : elles prennent plaisir à mettre de la crème, à se maquiller, à s'habiller avec des vêtements plus féminins…. (19)
Cependant, j'ai pu rencontrer d'autres patientes opérées qui acceptent difficilement ce nouveau corps car elle l'imaginait sans trace de l'obésité passée (vergeture, surplus de peau qui pend). Ainsi, l'image corporelle est évolutive en fonction de la situation (perte ou reprise de poids).

Il s'avère que les changements du corps réel soient rapides mais pas toujours perçus par le sujet dans les premiers temps. L'amaigrissement important induit chez certains patients, un décalage entre le corps réel et l'image corporelle qui a été intériorisée. (*5*) Ce décalage est troublant et des besoins d'adaptation à ce « nouveau corps », de réappropriation des repères corporels apparaissent. La perte de poids majeure a un impact sur l'image de soi et sur la vie relationnelle.

Les résultats obtenus donnent un aperçu de la représentation corporelle des personnes obèses. En considérant les diverses théories présentées précédemment, certaines hypothèses se dégagent permettant de comprendre le phénomène de distorsions de l'images corporelles. Parfois les personnes obèses développent une image « erronée » de leur corps. En effet, I. URDAPILLETA (13) montre à travers une étude auprès de patients atteints d'obésité sévère : l'expression d'une distorsion de l'image corporelle. Elle explique que ces patients ont une perception de leur corps plus corpulent qu'ils ne sont. L'insatisfaction et l'image négative corporelles seraient liées à ce phénomène.
Il semblerait qu'il y ait une problématique au niveau de l'intégration sensorielle ; il est possible que l'émotion puisse avoir une influence sur la négligence de soi, enfin la dernière hypothèse est celle de la conscience altérée du corps.

Après avoir fait une étude des données cliniques, il s'agit de s'intéresser plus rigoureusement à la prise en soin et à l'accompagnement des personnes obèses dans leurs problématiques, grâce à une approche psychomotrice.

3) Réflexions et perspectives

3.1. Bilans et compétences psychomotrices

Observations

A partir de mes observations cliniques lors de l'atelier d'activité physique proposé par la kinésithérapeute, j'ai pu apprécier la motricité des patients. Cela a pu nourrir ma réflexion sur l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité.

- Entretien kinésithérapeute/patient

La kinésithérapeute réalise lors de la première séance un recueil d'informations, afin d'éclairer la situation du patient.

Dans un premier temps, les questions sont globales, en lien avec son activité physique et son vécu par rapport à sa maladie. Il lui est demandé par exemple : la fréquence des activités physiques, la présence de douleurs, s'il y a présence d'essoufflement au quotidien, les éléments favorisant la pratique physique et à l'inverse des éléments qui freineraient, s'il prend plaisir à bouger… La plupart des patients se trouvent limités dans leur activité physique à cause de la douleur.

Ensuite un second temps est consacré aux tests de condition physique (force, équilibre, souplesse et marche). Ces tests donnent des valeurs objectives pour apprécier le profil évolutif du patient dans son parcours de perte de poids. Parmi ces différents tests, je présenterai uniquement ceux qui me donnent des éléments cliniques permettant une lecture psychomotrice.

Le test d'équilibre (dans une position statique en « cloche pied », avec le pied le plus performant) me renseigne également sur la latéralité ainsi que les appuis utilisés. Je remarque que le choix du pied dominant n'est pas toujours déterminé. Nous pouvons penser que l'influence pondérale semble être un facteur perturbateur du contrôle postural. Le manque de concentration et de confiance en soi influencent également beaucoup l'équilibre de la personne obèse.

Le test de marche consiste à marcher pendant six minutes en faisant le plus de pas. A l'issu de ce test la tension artérielle est relevée ainsi que l'intensité de l'effort est demandée au patient. J'ai eu l'occasion de constater une physiologie de la marche particulière chez certains patients obèses.

Mr M. âgé de 39 ans, est atteint d'une obésité acquise avec un volume plus important au niveau abdominal. Durant la marche, les genoux sont en position « valgum », l'appui plantaire se fait davantage sur le bord externe conduisant à une pronation excessive du pied et à un affaissement de la voute plantaire. Le buste est incliné vers l'arrière pour équilibrer le poids du ventre situé en avant. Les avant-bras sont dynamiques accompagnant la marche avec un mouvement de balancement.

A l'issu de ces observations, je me suis interrogée sur les conséquences de ce manque d'activité physique du point de vue de la sensori-motricité, des représentations du corps et au niveau des compétences psychomotrices.

- Coordinations dynamiques

Concernant les coordinations dynamiques, je me suis aperçue à travers une séance de « fitness », durant l'activité physique, que le transfert du poids s'effectue plus lentement lors des coordinations dynamiques de la personne obèse. Cela implique beaucoup de concentration et de difficulté à coordonner deux gestes différents et simultanés (entre le haut et le bas du corps). Les travaux de F. BERRIGAN & al (2006) (6) montrent un déficit d'habileté motrice chez les sujets obèses. De plus, il arrive que volume abdominal représente une gêne pour se mouvoir. Cet aspect réduit l'amplitude des mouvements. Il est indispensable de prendre en compte cet aspect afin d'adapter la posture des patients sur les appareils sportifs.

Dans de nombreuses situations, la personne obèse a tendance à se précipiter quand elle réalise d'une action, elle ne prend pas le temps d'agir en douceur, malgré son intention de bien faire.
J'ai pu observer l'expression de cette précipitation : lors du passage de la position allongée à assise, pendant les repas, ou durant l'exercice physique. Le patient semble effectuer ses actions sans prise de conscience et avec moins d'attention à l'égard de ses sensations.

- Structuration spatiale et temporelle

Concernant la gestion et le repérage dans l'espace, j'ai pu apprécier cette notion lors de l'atelier d'activité physique ayant pour thème l'expression corporelle. J'ai pu remarquer que le groupe avait tendance à se déplacer et se mouvoir de façon circulaire en s'imitant. Cela peut faire penser à un effet de mouvement collectif qui rassure et qui porte aussi observable dans l'atelier de balnéothérapie évoqué par M. TAUZIEDE (56). Cependant, ce phénomène n'est pas propre aux personnes obèses, il est indispensable de considérer la personnalité de chacun au sein du groupe.

Des propositions de danses improvisées m'ont permis d'observer la manière dont les sujets obèses se mettent en mouvement, se déplacent en fonction de la musique, comment ils gèrent leur proximité par rapport à l'autre…

J'ai pu remarquer que de nombreuses personnes obèses organisent leur vie en fonction de leur travail, de leur rendez-vous médical, activités ou autres impératifs. Ce sont généralement les sollicitations extérieures qui rythment leur temporalité quotidienne, ainsi elles se consacrent parfois peu temps pour elles-mêmes.

Suite à l'ensemble des observations précédentes, l'objectif a été de cibler d'avantage les axes d'intervention liés à la psychomotricité et d'en extraire l'intérêt spécifique.

Réflexion bilans

Actuellement, il n'existe aucun bilan standardisé concernant la personne obèse. Cependant, certains psychomotriciens ont pu élaborer un bilan spécifique à cette population, composé de divers questionnaires et reprenant quelques items de tests déjà connus. Ce « bilan » permettrait d'avoir une lecture plus approfondie des compétences psychomotrices de la personne obèse. Il s'appuierait sur différents items tels que : le schéma corporel et l'image du corps, l'espace/temps, praxies, les coordinations dynamiques ; afin d'observer la manière dont la personne agit sur son environnement avec son corps.

Je m'appuierai ainsi sur mon observation clinique, ainsi que sur les travaux de S. GAUMET (21,22), psychomotricienne pour tenter d'établir un profil psychomoteur

unique à chaque patient. Je n'ai pas pu effectuer de passation de bilans psychomoteurs, dû à certaines contraintes institutionnelles. Cependant, j'ai pu proposer un atelier, que je détaillerai dans la partie suivante, en fin de journée.

❖ Schéma corporel et image du corps

Comme vu antérieurement, l'obésité occasionne des problématiques de représentations corporelles. L'étude de ces notions passe par des productions graphiques ou des questionnaires (voir annexe) :

- Le dessin de trois silhouettes, ce test est inspiré du « dessin de Goodernough », mais adapté par S. GAUMET (21) en rapport avec la population en situation d'obésité : dans un premier temps, il est demandé de dessiner une personne lambda, dans un deuxième temps le patient doit se dessiner tel qu'il se voit ; enfin pour terminer, il doit dessiner la silhouette qu'il aimerait avoir idéalement. Cette épreuve est à considérer avec prudence dans sa formulation, dans le sens où il ne faut pas infantiliser le patient.

  Cette proposition rend compte du niveau de représentation du patient, si sa perception de lui est relativement cohérente ou si sa perception est faussée. A travers cette épreuve, nous relevons s'il y a présence d'un décalage entre son apparence réelle et sa silhouette fantasmée et nous comprenons la manière dont le patient vit avec son obésité.

- Les figures de Stunkard[15] (54) reposent sur le même principe de fonctionnement que l'épreuve précédente. Elles mesurent le sentiment de satisfaction et d'insatisfaction corporelle. Ce sont neuf figures de personnages (de sexe masculin et féminin) allant de très maigre à très gros. Le sujet doit répondre à trois questions.
  Le patient a pour consigne de noter dans la case correspondante le numéro de la figure qui correspond au mieux selon lui : à la silhouette qui le représente, à celle qu'il souhaiterait être, et enfin à celle qu'il pense que les autres ont de lui.

- Questionnaire d'Image du Corps (QIC) de Bruchon-Schweitzer permet de mesurer la satisfaction corporelle des sujets. Il est composé de 19 items. Exemple de proposition : « vous considérez votre corps comme : source de plaisir/source de déplaisir » répondre sur une échelle de 1à 5.

[15] Voir annexe 7

- Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper et al (28), 1987 est un auto-questionnaire qui évalue l'insatisfaction corporelle et le schéma corporel.

❖ Structuration espace & temps

Nous pouvons apprécier les problématiques temporelles au moyen d'épreuves utilisant le rythme (comme la marche afghane[16], un test inspiré des épreuves de rythme de Mira STAMBACK[17] associées à un engagement corporel…).

Cela nous donne matière à observer les capacités de perception, de mémorisation, de structuration temporelle, de coordination permettant la reproduction du rythme.

Concernant l'espace, S. GAUMET (21) propose de l'évaluer en s'appuyant sur les tests de Marthe Vyl. Il est demandé pendant le « test de pas comptés » d'évaluer le nombre de pas nécessaire pour parcourir une distance, ensuite de réaliser la distance en faisant le moins de pas possible, enfin en l'effectuant avec le plus de pas possible.

Le test se poursuit avec des épreuves inspirées du test de « l'étoile de Marthe Vyl ». Il s'agit de reproduire des figures (cercle, carré, triangle) comme si elle était dessinée sur le sol. Cela met en évidence la capacité du sujet à passer de l'espace vécu à l'espace représenté et inversement (avec des épreuves de figures réelles à transposer sur une feuille de papier).

❖ Praxies

Le but est de s'interroger sur le déroulement du geste du patient : est ce qu'il éprouve des difficultés dans la représentation mentale, au niveau de la planification ou dans la réalisation de l'action ?

Il convient d'évaluer les capacités praxiques et d'adaptation motrice à l'aide de l'EMG (Evaluation de la Motricité Gnosopraxique). Ce test nous renseigne sur l'aisance, la fluidité et la qualité du geste mis en place par le sujet. La passation est réalisée en position de « face à face », nous offre la possibilité d'observer l'aisance du patient dans la relation à l'autre. Il est possible de relever la présence de réactions tonico-émotionnelles traduisant une difficulté ou un inconfort dans le rapport à l'autre.

[16] Marche consciente calée qui met l'accent sur la synchronisation de la respiration avec le rythme des pas.

[17] « Les trois épreuves de rythme » de Mira STAMBACK (1951) est un test qui renseigne sur la structuration temporelle (à l'aide du tempo spontané), la compréhension du symbolisme et la reproduction rythmique.

- Coordinations motrices dynamiques

Ces compétences peuvent-être évaluées lors de la marche (abordée dans les observations), durant l'atelier d'activité physique (avec les nombreux tests réalisés par la kinésithérapeute, pendant les séances de stretching ou de danse).

Résultats et analyses des compétences psychomotrices

- Structuration espace et temps

Les difficultés temporelles sont davantage perceptibles du côté du rythme et de la temporalité individuelle, qui peuvent être perçus comme plus lents pour certains. En effet, l'explication réside dans le fait qu'un corps corpulent nécessite plus d'énergie et de temps pour bouger, donc une vitesse d'exécution ralentie. La plupart des personnes obèses semblent donc adopter un mode plus lent pour accomplir les activités quotidiennes. Il semble que la synchronisation entre le rythme biologique et celui de la société n'a pas pu être réalisée.
Cela renvoie à ce que M. SAMI-ALI nomme la *temporalité appartenant au surmoi* : « [...] il peut s'insinuer, au nom d'une norme adaptative qu'on cherche à appliquer, la discorde, une discorde si caractéristique du temps appartenant au surmoi, parce qu'il s'impose et impose l'exigence liée au travail ».

Par rapport à une dimension spatiale, certaines personnes obèses se comportent comme si elles avaient une corpulence supérieure à leur corpulence réelle, elles n'ont pas toujours conscience de la place réelle occupée par leur volume corporel et éprouvent des difficultés à percevoir les limites de leurs corps. Il est possible d'observer certaines personnes qui prennent de la distance par rapport à l'autre, comme si elles appréhendaient la proximité. Ce comportement s'exprime souvent chez les sujets qui ont l'impression « de gêner » ou de « prendre trop de place ». Cela pourrait être interprété par une peur de la relation, ou de peur d'être dans une distance trop intrusive et « envahissante » pour l'autre. La personne obèse reste prudente et semble se protéger.
LAHLOU, 2011 (27) dans son étude montre ce phénomène. Il attribue une « subcam » aux personnes obèses permettant de les suivre dans leurs activités quotidiennes. Les résultats révèlent une évaluation inappropriée des espaces publiques (portes battantes du métro, sièges de café…) en raison de la représentation faussée qu'elles ont de leur corpulence. Cette distorsion corporelle induit chez la personne obèse un vécu quotidien déformé de la réalité.

D'autres sujets ne semblent pas se préoccuper de l'espace pris par leur corps. Ils se retrouvent relativement proche de l'autre dans une dimension relationnelle.

L'ensemble des observations révèle une absence de troubles majeurs concernant les notions temporelles et spatiales. Bien évidemment, il existe certains cas particuliers comme dans la population générale.

❖ Praxies

Les gestes sont effectués bien évidemment avec des amplitudes limitées ou réalisés de manière imprécise par la personne obèse. Il semblerait que l'excès de graisse vienne entraver certaines entrées sensorielles (celles provenant des mécanorécepteurs[18] cutanés ou somesthésiques) ; les informations qui arrivent sont donc saturées par la surcharge engendrant, de ce fait une inexactitude des données, selon les travaux de J-B MIGNARDOT (36).

❖ Coordinations dynamiques

La marche, comme évoquée précédemment, induit chez la personne obèse une dynamique posturale particulière. De manière générale, cela s'explique par le déplacement du centre de gravité issu du volume corporel et de la répartition de masse grasse. En conséquent, un type de posture spécifique va apparaitre en fonction de la morphologie de chaque individu. Au-delà des modifications posturales vu dans le cas précédent, le poids va aussi accentuer la lordose lombaire.

Certaines capacités physiques comme courir ou sauter sont fortement déconseillées dans le cas de la surcharge pondérale, principalement du fait des impacts physiques, des pressions supplémentaires (localisées majoritairement aux genoux) s'ajoutent au niveau des articulations, pouvant accentuer certaines douleurs.

L'effort fourni est relatif à la surcharge pondérale, autrement dit plus l'excès de poids est important plus l'individu recrute de l'énergie pour effectuer une action. Il est fréquent d'observer une mobilisation plus difficile, assez rigide avec le poids.
Cela conduit à un mouvement plus lent, moins ample. Il faut vraiment veiller à proposer des mouvements lents adaptés à la personne obèse, pour qu'elle ne se sente pas trop dépassée par la quantité d'informations. Le but est de lui permettre de prendre le temps de se focaliser sur ses sensations corporelles pour atteindre un mouvement précis.

C'est pourquoi, l'objectif est de favoriser la conscience du vécu corporel pour agir sur la représentation de soi (prise en compte des compétences et des limites).

[18] Mécanorécepteur : terme qui désigne des neurones sensoriels sensibles aux déformations mécaniques (relatives à la pression, au toucher, aux vibrations, aux modifications des articulations ou mucles).

D'où l'importance des médiations corporelles qui vont permettre une considération des expériences corporelles.

3.2. Compétences du psychomotricien

Le psychomotricien à travers ses ateliers, vise à accompagner le patient dans sa démarche de représentation et symbolisation de ses sensations corporelles, comme évoqué précédemment. Un travail autour de l'attention, de la perception, de la sensorialité et plus particulièrement de la conscience corporelle semble primordial afin d'acquérir un sentiment de soi. Le but ciblé est de permettre au patient une écoute de lui-même pour apprendre à se connaître et à identifier ses capacités et limites. Cela fait écho à ce qu'a pu écrire A. TRINLE (59) « La présence peut se définir comme une manière de connaitre ce que nous vivons. » C'est à partir d'expériences corporelles que le sujet se rend compte du lien entre le psychique et le corps. L'individu découvre généralement que ses soucis ou ses émotions négatives ont été source de tensions musculaires. L'approche psychomotrice a une vision harmonieuse et globale du sujet. En psychomotricité, le rôle principal est de savoir et interpréter ce qui se passe pour le patient, tant au niveau émotionnel que corporel.

Pour que le patient puisse s'accepter et tendre vers un mieux-être, il est essentiel qu'il trouve un soutien, une écoute bienveillante... L'importance d'une alliance thérapeutique est primordiale avec le patient afin qu'il prenne confiance et s'engage librement dans les propositions. La position du psychomotricien se fait alors sur un mode relationnel visant la collaboration et les échanges. Ainsi, grâce aux encouragements, aux valorisations de ses compétences, patient pourra prendre confiance en lui et favoriser l'estime de lui-même.

Ce stage a permis une transmission de certaines compétences propres à la psychomotricité, cependant la réalité du terrain peut rapidement limiter les propositions.

3.3. Limites du stage et perspectives

3.2.1 Difficultés, limites rencontrées

- Projet et réalité de terrain

La psychomotricité semble bénéfique pour les patients obèses en Hôpital de Jour. Cependant, la réalité est différente, certaines limites se sont imposées lors de ce stage.

La consultation en psychomotricité nécessite de réaliser un bilan et un dépistage pour ensuite orienter le patient de façon appropriée. Au vu de la règlementation, si un patient a besoin de séances de psychomotricité, une prescription s'impose. Or, l'absence de psychomotricien dans le service (pas de création de poste possible actuellement) ne permet pas d'effectuer une suite de la prise en charge dans le cadre hospitalier.

Les patients peuvent être orientés par le centre vers des associations, des groupes de paroles, ou des activités adaptées aux personnes en surcharge pondérale. Bien que cette action soit complémentaire, elle ne remplacera pas une prise en soin avec un suivi régulier.

❖ Problématique d'organisation temporelle

L'intervention en psychomotricité vient s'insérer dans la journée bien chargée des patients. Aucun temps n'est initialement prévu pour cette discipline. Je pouvais voir les patients pour des individuellement en alternance avec d'autres professionnels. Cependant, le temps est resté insuffisant pour réaliser des bilans complets et des entretiens approfondis, afin d'avoir une meilleure lecture du fonctionnement psychomoteur.

Après réflexion cette contrainte de temps n'a pu déboucher sur d'autres solutions que la pratique d'un atelier en fin de journée.

3.2.2 Perspectives

❖ Vers une prise en soin pluridisciplinaire

L'obésité est une maladie complexe et plurifactorielle. Un recours à la pluridisciplinarité organise les symptômes du patient en fonction des spécialités (médicales, paramédicales, sociales, associatives), des compétences et des moyens techniques de chaque intervenant. La pluridisciplinarité se définit par la mise en commun de différentes disciplines spécifiques à chaque corps de métiers qui travaillent en complémentarité.

Elle implique des coordinations, des articulations, des ajustements pour pouvoir fonctionner. Autrement dit, chaque professionnel doit tenir compte du travail effectué par un autre membre du groupe. Les objectifs de soin sont abordés et partagés autour de réunions pluridisciplinaires. La productivité et l'efficacité d'un tel

travail d'équipe réside dans l'interaction et la qualité de relation entretenues entre les acteurs du collectif.

Au Centre d'obésité, les patients découvrent l'intérêt d'un abord psychocorporel qui pourrait s'insérer en complément des autres ateliers : lors de la pratique d'une séance « cardio » (ayant un rythme d'activité physique soutenu) avec l'enseignant(e) APA ou le kinésithérapeute, ils mettent en pratique les exercices de respiration vus en atelier de psychomotricité ; ou suite à une séance d'effort musculaire, ils repensent et réutilisent les techniques apprises durant l'atelier de relaxation, pour se détendre.

Cette approche psychomotrice vise à favoriser l'autonomie du patient. Le psychomotricien harmonise trois axes principaux :

- relation à soi, son corps (abordée dans le mouvement avec l'enseignant(e) APA, concerne la dimension d'hygiène de vie traité par la socio-esthéticienne) ;

- relation à l'autre (considérée par la psychologue) ;

- relation à l'environnement (évoqué par la psychologue et l'aspect alimentaire par la diététicienne).

❖ Intérêt d'une coopération interdisciplinaire

Psychologie et psychomotricité

En discutant avec l'ensemble des psychologues, il a été intéressant d'échanger autour de thèmes communs rencontrés par les personnes obèses, (tels que les problématiques d'image du corps, le lien entre les émotions et l'alimentation) en fonction de nos compétences relatives. Ces croisements de regards a permis un partage avec les patients autour d'ateliers de paroles.

L'intérêt d'une collaboration offrirait au patient une thérapie globale, aussi bien verbale que corporelle. Par exemple, le sujet pourra élaborer des stratégies permettant une meilleure gestion de ses émotions, en passant par l'expérimentation de son corps. Le patient bénéficierait de deux approches indépendantes mais complémentaires qui s'ajustent à ses besoins pour répondre au mieux à ses questionnements.

Diététicienne

L'approche diététique offre des repères nutritionnels (apports nutritionnels en fonction du type d'aliments) qui donnent lieu à un meilleur équilibre alimentaire.

Il ne s'agit pas de s'interdire ou de se restreindre, mais de contrôler la quantité, qualité et les comportements alimentaires (vitesse, fréquence de la prise alimentaire). Il convient de réapprendre à manger mieux.
Concernant le rapport à la nourriture des personnes obèses, présenté précédemment, la faim et la satiété ne sont plus perceptibles, ils ne sont plus dans l'écoute de leurs sensations en termes de régulation. L'individu mange sans se contrôler, il ne sait pas quand s'arrêter.

D'une manière générale, un atelier d'éducation thérapeutique en collaboration avec la diététicienne semble opportun dans le sens où, l'écoute du corps et de ses sensations, permises par la psychomotricité pourrait modifier le rapport entre la personne obèse et son alimentation. Manger représente un acte sensorimoteur qu'il conviendrait d'aborder dans un cadre de dégustation d'aliments, dans un but d'initiation à la conscience du goût, des différentes textures des aliments ; et d'apprentissage à la reconnaissance de l'état de rassasiement.

Cette démarche est retrouvée dans la technique « manger en pleine conscience », qui permet de « porter une attention entière et dénuée de tout jugement à l'expérience du moment présent. » Cette technique ouvre le plaisir à des actes simples tels que manger ou boire et permet à l'individu de respecter ses besoins physiologiques sans les dépasser.

Socio-esthéticienne

Dans le service, la socio-esthéticienne est présente sur un mi-temps dans le service. Elle assure un atelier auprès des patients durant la semaine éducative, qui consiste à comprendre le mode d'hygiène de vie (toilette, soins esthétiques, corporels…, etc) des patients pour les aider à choisir les bons produits (crèmes, lait corporels, déodorants…) ou donner des conseils correspondant à leurs problématiques. Il convient de noter que l'abord de la notion du corps ou de l'enveloppe corporelle n'est pas si simple pour les personnes obèses. Elles paraissent parfois méfiantes, surprises des questions ayant pour sujet la prise en soin de leur corps.

Le projet d'atelier en collaboration avec la socio esthéticienne repose sur un objectif commun de soins de bien-être, d'amélioration de l'estime de soi. La psychomotricité favoriserait l'accompagnement des personnes obèses dans leurs difficultés physiques et psychocorporelles. Elle aurait pour but également de contribuer à une meilleure valorisation, perception de soi, et à permettre une meilleure représentation des limites du corps. Un passage par l'expérience corporelle (à l'aide d'automassages, de stimulations sensorielles accompagnées d'un étayage verbal…) complèterait le travail théorique fait par la socio-esthéticienne.

Conclusion

A travers ce mémoire, j'ai réfléchi et tenté de mettre en pratique la fonction de psychomotricien (empathie, disponibilité) au sein du service pour adultes obèses.

Au fil des explorations cliniques et théoriques, les différentes représentations du corps de la personne obèse (socio-culturelle, historique, affective) ont mis en évidence une altération globale de soi, parfois même une forte négligence. J'ai pu remarquer que la représentation corporelle pouvait s'établir sans aucune difficulté mais être « erronée » car elle est constituée d'une part subjective. Les problèmes liés à l'image corporelle, au schéma corporel et plus globalement à la représentation corporelle sont corrélés à des facteurs de risque tels que : la faible estime de soi, la forte intériorisation de l'idéal de minceur, la préoccupation de soi à l'égard de l'acceptation de l'entourage, enfin l'environnement familial et social critique dont la préoccupation concerne des questions de poids et d'alimentation. La faible estime de soi associée à une image corporelle négative, ont une grande influence sur la manière dont individu se perçoit, se représente et dont il a conscience de son corps.

L'hospitalisation de la personne obèse a pour but d'améliorer son état de santé ou de le maintenir, ainsi que de favoriser une perte de poids progressive et durable. En ce sens, la prise en soin nécessite une approche pluridisciplinaire qui implique une harmonisation des aspects médicaux, biologiques, psychiques et corporels.

La psychomotricité serait pertinente et complémentaire vis-à-vis de cette population. Elle favorise des situations mettant en jeu le corps, abordées sous une forme contenante impliquant une amélioration de la confiance et la revalorisation de soi. De plus, elles rendent possible un accueil des sensations et des émotions en facilitant une élaboration psychique d'ordre représentationnel, grâce aux échanges entre soi et autrui. Le cadre thérapeutique, créé par cette discipline, les médiations et les expériences corporelles qu'elle propose viennent soutenir le patient à réinvestir sa corporéité.

La problématique de représentations de corps concerne aussi bien l'obésité mais s'étend également aux autres situations au cours duquel le corps est remanié (lors d'interventions chirurgicales, de cancers, d'anorexie…). C'est un cheminement qui s'inscrit dans le temps.

Je vous remercie pour l'attention portée à mon mémoire. Veuillez trouver dans la bibliographie les différents ouvrages et articles sur lesquels je me suis appuyée pour enrichir et argumenter mon mémoire.

Bibliographie

(1) ALBANO MG., MULLER-PINGET S., D'IVERNOIS J-F, *et al.* (2012), Apports de la danse thérapie à l'éducation thérapeutique des patients obèses. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, vol. 4, no 1, p. 61-71.

(2) APFELDORFER G. (1995), Anorexie Boulimie Obésité. Flammarion, p126.

(3) APFELDORFER G., ZERMATI J-P. (2006), Dictature des régimes attention !, Éditions Odile Jacob.

(4) ANZIEU D. (1985, 2ème éd. 1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

(5) BASDEVANT A. (2011), Traité médecine et chirurgie de l'obésité, Médecine Sciences Publications.

(6) BERRIGAN F., SIMONEAU M., TREMBLAY A., HUE O., & al, (2006), Influence of obesity on accurate and rapid arm movement performed from a standing posture. Int. J. Obesity, 30, 1750–1757.

(7) BRUCH H. (1975), *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*, Paris, Payot.

(8) BROWN PJ., KONNER M. (1987) *An anthropological perspective of obesity*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 499, no 1, p. 29-46.

(9) ANTOINE, P., CARRAZ J. (2009), Anorexie et boulimie: approche dialectique, Masson, Paris, 235 pp. 2010.

(10) Centre spécialisé de l'obésité (CSO)- CHU de Bordeaux- https://www.chu-bordeaux.fr/Les-services/.../Centre-spécialisé-de-l-obésité-(CSO)/.

(11) DE SAINT POL T. (2010), Le corps désirable. *Hommes et femmes face à leurs poids. ed Puf*.

(12) DE SAINT-POL (2014) T. Obésité, alimentation et image du corps. *Médecine des maladies Métaboliques*, vol. 8, no 3, p. 271-274.

(13) DOCTEUR A., URDAPILLETA I., DEFRANCE C. & *al.* (2010), Body perception and satisfaction in obese, severely obese, and normal weight female patients. *Obesity*, 2010, vol. 18, no 7, p. 1464-1465.

(14)DOLTO F. (1984), L'image inconsciente du corps, Paris, Le Seuil, p16 à 23, 49 à 57.

*(15)*DUBERN B., EBERLE D., CLEMENT K. (2004) *Génétique de l'obésité humaine, Médecine du Sommeil, Volume 1, Issue 1, pages 5-11 (science direct).*

(16)DUMET N. (2006), J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation, Cath Psycho Clin, p69-83.

(17)EMERY, C., DINET, Jérôme, LAFUMA, Antoine, *et al. (2007),* Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *La Presse Médicale*, vol. 36, no 6, p. 832-840.

(18)FAROOQI IS., WANGENSTEEN T., COLLINS S. & al. (2007), *Clinical and molecular genetic spectrum of congenital deficiency of the leptin receptor [archive]*, New Eng J Med, 356:237-247.

(19)FERNANDEZ, L., RUBINSTEIN, M., DUMET, N., *et al.* (2015), Obésité sévère, perte de poids et image du corps après la chirurgie bariatriqueSevere obesity, weight loss and body image after bariatric surgery. *Obésité*, vol. 10, no 2, p. 151-159.

(20)Garner-Moyer H. (2006), L'*impact de l'apparence physique en gestion des ressources humaines*, thèse de doctorat, université Paris 1.

(21)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.

(22)GAUMET S. (2014), *Obésité et prise de conscience corporelle*. De Boeck Superieur.

(23)GIROMINI F., ALBARET J.-M., SCIALOM P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques*, Paris, de Boeck & Solal.

(24)Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) – http://www.gros.fr.

(25)Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite.

(26) KEPNER J. (1998), Le corps retrouvé en psychothérapie, Paris, Retz (p88).

(27)LAHLOU, S. (2011), How can we capture the subject's perspective ? An evidence-based
approach for the social scientist. Social Science Information, 50, 607-655.

(28)LATOUR A.-M. (2015), L'enveloppe et l'hypothèse psychomotrice ; l'enjeu du tonico- émotionnel, Journée d'Étude « Psychomot 86 », Poitiers.

(29)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°18.

(30)LAVOISY G., GUELFI J.-D., VERA L., *et al.* (2008) Évaluation des préoccupations corporelles dans les troubles des conduites alimentaires par le Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*, vol. 34, no 6, p. 570-576.

(31)LE SAGE B. (2012), *Jalon pour une pratique psychocorporelle, structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, édition-érès, p51-65, p127-145, p221-240, p253-276.

(32)LODDO C., AMOUR R., TABARIN A., *et al*. (2016), Impact de la précarité sur l'obésité dans la filière surcharge pondérale du service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition du CHU de Bordeaux. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, vol. 30, no 3, p. 260-261.

(33)MACPHERSON-SÁNCHEZ, Ann E (2015), *Integrating fundamental concepts of obesity and eating disorders : implications for the obesity epidemic*. *American journal of public health*, vol. 105, no 4, p. e71-e85.

(34)MARTENOT M., SAITO C. (2016), La relaxation active, éd. Le courrier du livre, p37.

(35)MCDOUGALL J. (1989) *Théâtre du corps*, Paris : Gallimard, coll. « Folio essai ».

(36)MIGNARDOT J-B. (2011), *Obésité et troubles du contrôle postural rôles de certaines contraintes morphologiques et sensori-motrices*, Thèse de doctorat. Université de Grenoble.

(37)MOYANO, O. Du corps au contenant psychique. Le corps en question en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice*, 1991, vol. 92, p. 34-49.

(38)MULLER-PINGET S., CARRARD I., et GOLAY A. (2008), Dance-therapy improves body image in obese patients. *International Journal of Obesity*, vol. 32, p. S174.

(39)NASIO J.-D. (2007), *Mon Corps et ses images. Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !*, Paris, Éditions Payot & Rivages.

(40)NAVARON A., CORCOS M. (*April–June 2015)*, *Le corps tombe : l'obésité massive entre cannibalisme et bistouri,* Original Research Article**,** L'Évolution Psychiatrique, Volume 80, Issue 2, Pages 362-374.

(41)ObEpi, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/enquete_obepi_2012/obepi_2012.pdf.

(42)Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : http://www.who.int/fr/ Lien de l'article sur l'obésité et le surpoids http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html.

(43)PEUTEUIL P. (2014), *Les corps malmenés – Anorexie, boulimie, obésité*, Paris, Éditions Armand Colin.

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

(45)POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris, Éditions Ères.

(46)ROBERT-OUVRAY S. (1995), L'enfant tonique et sa mère, Paris : Desclée de Brouwer.

(47)ROTHIOT B. & LE MONTAGNER V. (2012), Le patient obèse est-il responsable ? Aider au cheminement de la culpabilité au vivre-avec la maladies », *Obésité*, vol. 7, issue 4, p. 228-233.

(48)ROUSSILLON R. (2012), Médiation et création. *Le Journal des psychologues*, issue 5, p. 30-34.

(49)SANAHUJA A. & CUYNET P. (2011), « L'image du corps chez l'adolescente obèse », *Perspectives Psy,* Volume 50, p. 117-127.

(50)Sánchez Benito, JL, et Pontes Torrado, Y. (2012). Influence des émotions sur la prise et le contrôle du poids. *Nutrition Hospitalière*, *27* (6), 2148-2150.

(51)SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, Solal.

(52)SCHILDER P., 1968, L'image du corps, Gallimard, p35.

(53)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.

(54)STUNKARD A. (2000), Old and new scales for assessment of body image. Perceptual and Motor Skills, 90,930.

(55)Synthèse des recommandations de bonne pratique (2009), « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », Haute Autorité de Santé (HAS) – http://www.has-sante.fr.

(56)TAUZIEDE M. (2017), « ''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 », Mémoire de fin d'études, Université de Bordeaux.

(57)TAYLOR, Shelley E., FISKE, Susan T., *et al. (2011), Cognition sociale. Des neurones à la culture~ autofilled~*. Editions Mardaga.

(58)TOCZEK, Marie-Christine et MARTINOT, Delphine. Le défi éducatif. *Armand Colin, Paris*, 2004.

(59)TRINLE A. (2014), La présence, un savoir être à cultiver, Edétions BABSEL, La Remuée.

(60)VIGARELLO G., (2013), Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité,Points, coll. « Points histoire », 362 p.

(61)DE VIGNEMONT, Frédérique. Body schema and body image—Pros and cons. *Neuropsychologia*, 2010, vol. 48, no 3, p. 669-680.

(62)WALLON H., (1942). De l'acte à la pensée. Paris : Flammarion.

(63)WAYSFELD B. (2003, 2ème éd. 2014), *Le poids et le moi*, Paris, Éditions Armand Colin.

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

(65)ZERMATI J.-P., APFELDORFER G., WAYSFELD B. (2010), *Traiter l'obésité et le surpoids,* Paris, Éditions Odile Jacob.

(66)ZIEGLER, Olivier, BERTIN, E., JOURET, B., *et al.* Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*, 2014, vol. 9, no 4, p. 302-328.

Référence des citations et images

I) 2.1 Image de l'obésité dans l'histoire

CHARMILLOT, Maryvonne, LAGGER, Grégoire, LASSERRE-MOUTET, Aline, *et al.* Comprendre l'expérience de vie de des personnes obèses. Un apport pour l'éducation thérapeutique du patient. *Revue médicale suisse*, 2011, no 288, p. 286-291.

I)2.2.1 Représentations stéréotypées, jugements sociaux

Manuel d'Épictète (édition 1875) – Épictète.

II)1.3 Apport de la neuropsychologie

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, Solal.

II)3) Qu'en est -il de la représentation corporelle chez la personne obèse ?

NASIO J.-D. (2007), *Mon Corps et ses images. Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient !*, Paris, Éditions Payot & Rivages.

II)3)3.1.1 Image du corps

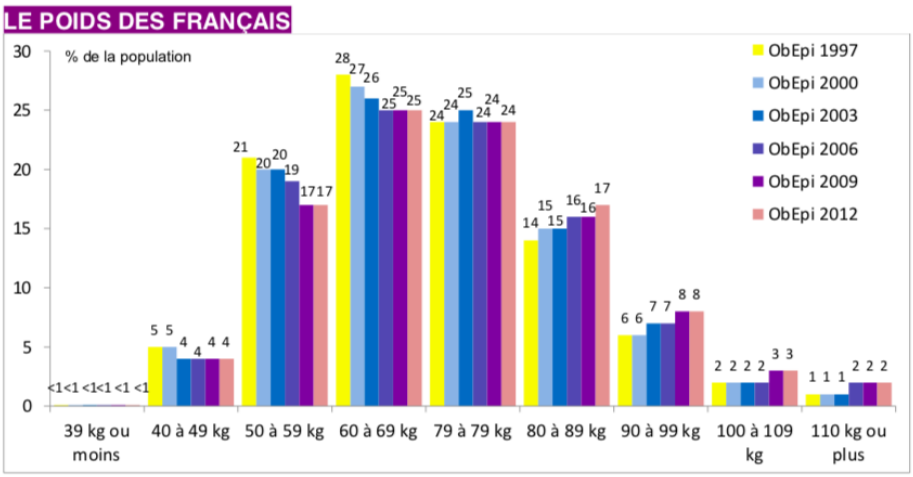
CONNOLLY C. (1945), *The Unquiet Grave.*

III)1.3.2 Les médiations corporelles : outils facilitant la représentation corporelle

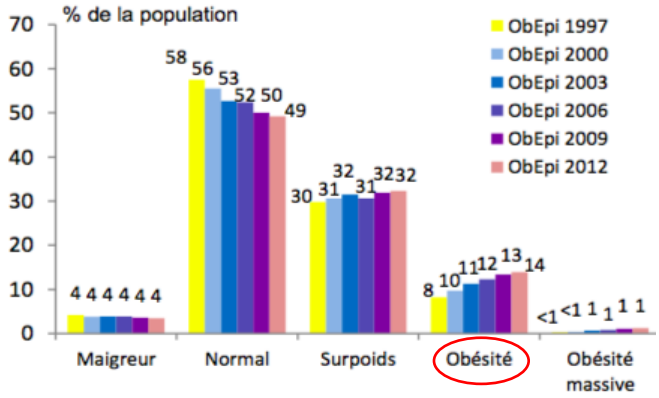
GIROMINI F., ALBARET J.-M., SCIALOM P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques*, Paris, de Boeck & Solal.

ANNEXES

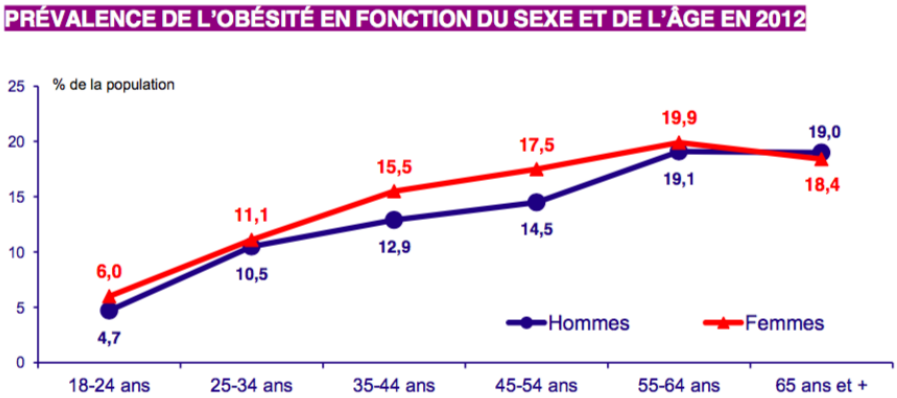
1) Répartition de la population en fonction de son poids (étude de l'ObEpi, 2012).



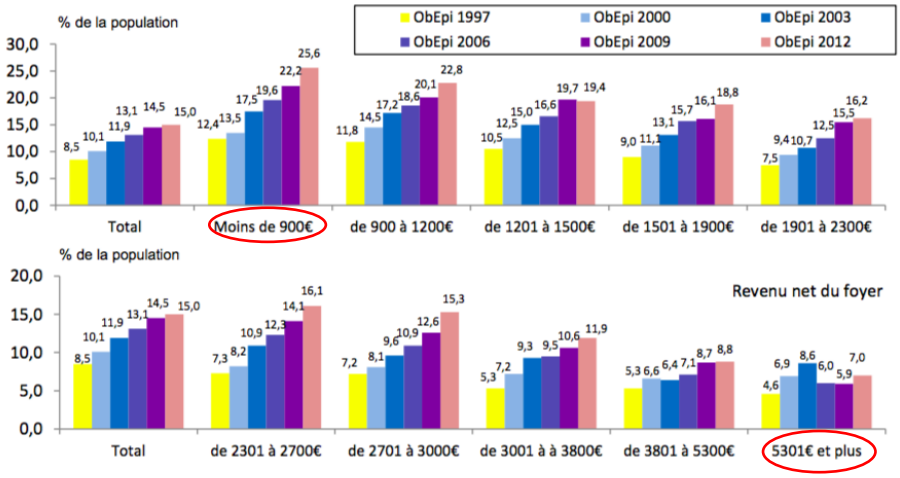
2) Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC depuis 1997.



3) Répartition de la prévalence de l'obésité par sexe et par tranche d'âge.

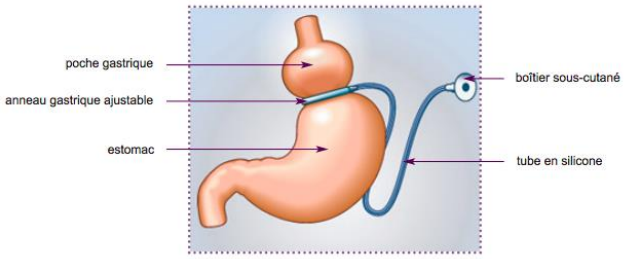


4) Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997.

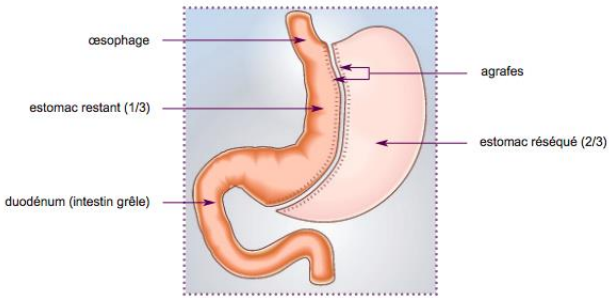


5) Techniques de chirurgie de l'obésité, d'après l'Haute Autorité de Santé.

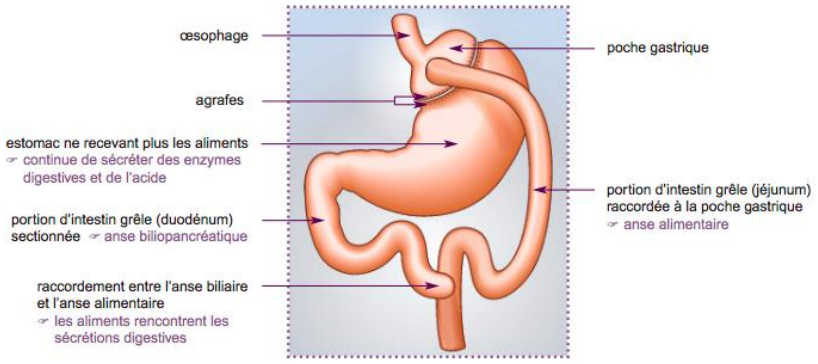
- Anneau gastrique ajustable



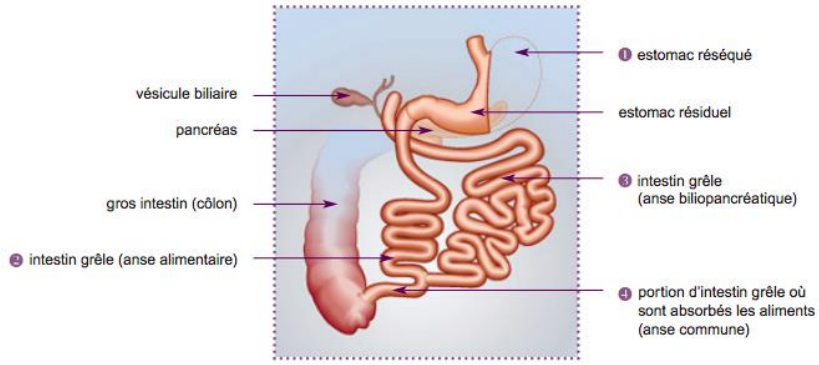
- *Sleeve* gastrectomique



- *By pass*



- Déviation bibliopancréatique



6) Questionnaire d'entretien semi directif patients post opérés d'une chirurgie bariatrique [19]

- Généralités

Prénom :
Age :
Sexe :
Quel est votre poids actuel :
Situation sociale : célibataire ? marié(e) ? en couple ?

A partir de quel moment avez-vous commencé à prendre beaucoup de poids ?

- Parcours médical

Quels sont vos antécédents médicaux ?

Quels sont vos antécédents obstétricaux ?

Prise en charge de l'obésité, hospitalisation (quand ? où ? propre décision ?) :

- Habitude de vie

Avez-vous été sujet à des grignotages ?

Avez-vous l'habitude de sauter vos repas ?

Construction des repas (repas équilibrés, cuisinés ?) :

Consommiez-vous des boissons sucrées ?

Boissons alcoolisées :

Aviez-vous des compulsions ?

Est-ce que vous avez réalisé des régimes ? :

[19] inspiré des entretiens médicaux et du questionnaire de S. Gaumet (21) « est-ce que j'habite mon corps ? »

Quel était votre état d'activité physique avant la chirurgie ? Quel type d'activité pratiquiez-vous ?

Quelles étaient les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne dues au surpoids ? (Relation à l'autre ?)

- Relation au corps avant la chirurgie

Est-ce que l'apparence physique est une préoccupation ?

Quelle image aviez-vous devant le miroir ?

Aviez-vous des parties de votre corps que vous appréciez plus qu'une autre ?

Quels types de vêtements portiez-vous ?

Quels soins portiez-vous à votre corps ? (Produits de soin utilisés, crèmes…) Sur quelles parties ?

- Vécu de la chirurgie

Quel type de chirurgie avez-vous réalisée ?

Quels ont été les motifs qui vous ont motivé dans ce choix chirurgical ? (IMC, complications médicales)

Quand l'avez-vous réalisée ?

La chirurgie a-t-elle répondu à vos attentes ? Quels sont les bénéfices, inconvénients en tirez-vous ?

Quels sont les changements constatés (corporel, relation aux autres) ?

Aviez-vous aperçu votre perte de poids ?

Avez-vous eu des complications suite à l'opération ?

Combien de kilos avez-vous perdu ?

Quel était votre objectif de perte de poids ?

Motif de perte de poids : pourquoi ?

Êtes-vous satisfaite de votre poids ? de votre image ?

Votre rapport au corps a-t-il changé depuis la perte de poids ?

Avez-vous effectué une chirurgie réparatrice ?

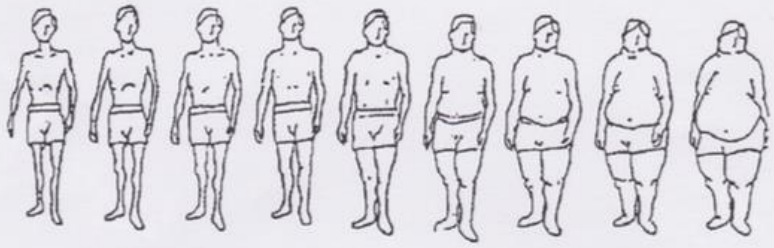
7) Figures de Stunkard

Pour chacune des propositions suivantes, indiquez dans la case le numéro de la silhouette qui vous semble la mieux appropriée aux affirmations soulignées.

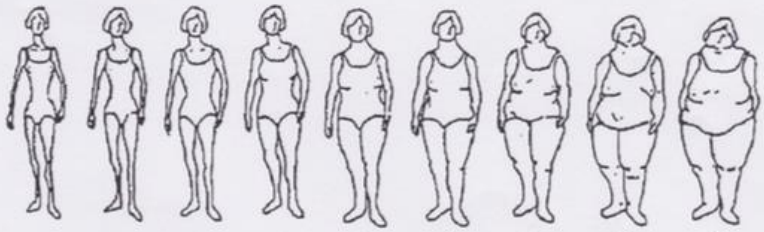
a. A partir des dessins suivants, indiquez quelle **est l'image qui vous représente le mieux** (mettre dans la case le numéro qui correspond à votre choix) ? /_____/

b. A partir de ces mêmes dessins, indiquez quelle est l'image qui correspond le plus à **ce que vous souhaiteriez être** (mettre dans la case le numéro qui correspond à votre choix) ? /_____/

c. Enfin, **à partir de ces mêmes dessins,** indiquez quelle **est l'image d'après vous que les autres ont de vous** (mettre dans la case le numéro qui correspond à votre choix) ? /_____/



1 2 3 4 5 6 7 8 9



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Table des matières

AVANT-PROPOS **3**

INTRODUCTION **5**

I) QU'EST-CE QUE L'OBESITE ? **7**

1) GENERALITES 7

1.1. Définition et particularités *7*

1.1.1. Définition 7

1.1.2. Indicateurs 7

- ❖ L'IMC 7
- ❖ L'examen DEXA 8
- ❖ L'impédancemétrie 9
- ❖ Le tour de taille 9

1.1.3. Les différentes catégories d'obésité 9

- ❖ Influence du contexte d'apparition 10
- ❖ Influence de la répartition de la masse graisseuse 11

1.2. Étiologie *11*

1.2.1 La génétique et l'hérédité 12

- ❖ Génétique 12
- ❖ Facteurs héréditaires 12

1.2.2 Facteurs environnementaux 13

1.2.3 Facteurs psychologiques 14

1.3. Les conséquences *20*

1.3.1. Physio-pathologiques 20

1.3.2. Psychologiques 22

1.3.3. Socio-économique 24

2) OBESITE ET SES REPRESENTATIONS 25

2.1. Image de l'obésité dans l'histoire *25*

2.2. Obésité une problématique sociétale *27*

2.2.1 Représentations stéréotypées, jugements sociaux 27

2.2.2 Autres regards de l'obésité dans les sociétés 28

II) REPRESENTATION CORPORELLE **29**

1) IMAGE DU CORPS & SCHEMA CORPOREL : APPROCHES PLURIELLES 30

1.1. Apport de la phénoménologie *30*

1.1.1. Husserl 31

1.1.2. Merleau-Ponty 32

1.2. Apport de la psychanalyse *33*

1.3. Apport de la neuropsychologie *34*

1.4. Point de vue de la psychomotricité *36*

2) INTEGRATION SENSORIELLE ET REPRESENTATION CORPORELLE : UN ECHANGE PERPETUEL 40

2.1. Sensations, perceptions et représentations *40*

2.2. De la représentation vers une conscience corporelle *42*

3) QU'EN EST -IL DE LA REPRESENTATION CORPORELLE CHEZ LA PERSONNE OBESE ? 43

3.1. Image du corps & schéma corporel *43*

3.1.1. Image du corps 43

3.1.2. Schéma corporel 47

3.2. Concept d'enveloppes *47*

3.2.1 Moi-Peau 48

3.2.2 Moi-Peau & obésité 49

3.3. Représentation de soi *50*

3.3.1. L'estime de soi 50

3.3.2. Responsabilité et culpabilité 52

III) EXPERIENCE CLINIQUE 55

1) PRESENTATION DU CENTRE SPECIALISE OBESITE (CSO) 55

1.1. Généralités 55

1.2. Présentation de la structure 56

1.2.1 Description 56

❖ Les différentes phases de la prise en soin 57

❖ Organisation de la journée au CERSO 57

1.2.2 Ateliers proposés 57

❖ Socio-esthétique 58

❖ Médical 58

❖ Diététique 59

❖ Psychologique 59

❖ Atelier proposé par le binôme : aides-soignantes, infirmières 59

❖ Activités physiques 60

1.3. Présentation des objectifs du stage expérimental 60

1.3.1. Présentation du projet d'atelier en psychomotricité 61

1.3.2. Les médiations corporelles : outils facilitant la représentation corporelle 61

❖ Théories de base 62

❖ Objectifs et choix des médiations 63

❖ Description de la médiation utilisée au cours des ateliers de psychomotricité 64

1.3.3. Retour des patients sur l'atelier de psychomotricité 69

2) ÉTUDES DE CAS 70

2.1. Cas de Mme R. 70

2.2. Cas de Mme N. et Mme C. 77

3) REFLEXIONS ET PERSPECTIVES 82

3.1. Bilans et compétences psychomotrices 82

3.2. Compétences du psychomotricien 89

3.3. Limites du stage et perspectives 89

3.2.1 Difficultés, limites rencontrées 89

3.2.2 Perspectives 90

CONCLUSION 93

BIBLIOGRAPHIE 94

ANNEXES 100

TABLE DES MATIERES 107