

La rencontre de l'adolescent avec le corps " gros " : les représentations corporelles au regard de l'obésité pédiatrique

Emmanuelle Berthet

▶ **To cite this version:**

Emmanuelle Berthet. La rencontre de l'adolescent avec le corps " gros " : les représentations corporelles au regard de l'obésité pédiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075056

HAL Id: dumas-02075056

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075056

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Faculté de médecine Sorbonne Université

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75364 Paris cedex 14

La rencontre de l'adolescent avec le corps « gros »

Les représentations corporelles au regard de l'obésité pédiatrique

Mémoire présenté par Emmanuelle BERTHET

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Agnès ADELINE

Session Juin 2018

REMERCIMENTS

Je souhaite remercier en premier lieu ma binôme Ludivine LEUVREY pour avoir fait ce stage à mes côtés et avoir permis de développer ma réflexion clinique. Merci de m'avoir soutenue et conseillée dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à Anne-Marie SOUQUET, VAN DER HEIJDEN, pour nous avoir permis de faire ce stage qui m'a beaucoup apporté.

Merci à Agnès ADELINE dans ses qualités de référente de stage mais aussi en tant que référente de mémoire. Merci de m'avoir guidée tout au long de cette année.

Merci à Christelle DARDILL et Isabelle FLOCH SAGOT, psychologue et diététicienne pour les échanges que nous avons eu durant les ateliers.

Merci à Sara, Taïs et Delphine, mes amies, pour leur soutien tout au long de ce travail.

Et merci à nos quatre jeunes, dont les noms ont été changé afin de garantir leur anonymat, pour la participation active à ce projet.

Sommaire

I – Introduction……p5

II – Présentation du lieu de stage……..p7

1. Le REPOP……...p7

1.1. L'équipe……...p7

1.2. Les actions et objectifs……p8

1.3. Le parcours de soins……p9

2. Etre Stagiaire au REPOP……p9

3. La place de la psychomotricité au sein du réseau……p10

III – Quelques notions théoriques……p10

1. L'obésité chez l'adolescent……..p10

1.1. De la définition au diagnostic……p10

1.1.1. L'Indice de Masse Corporelle (IMC)……..p11

1.1.2. Rapport tour de taille/ taille……p12

1.1.3. L'impédancemétrie..……p1

2

1.2. Epidémiologie……...p13

1.3. Etiologie……p13

1.4. Sémiologie……p14

1.5. Les complications……p17

2. L'adolescence……p18

2.1. La puberté……p18

2.1.1. Chez les filles……p19

2.1.2. Chez les garçons…….p19

2.2. Les processus psychiques……..….p20

2.3. L'impact comportemental……..….p21

3. L'image du corps……..….p23

3.1. Définition du concept……..…..p23

3.1.1. Schilder ……..….p23

3.1.2. Dolto……...p24

3.1.3. L'image composite du corps……p25

3.2. L'image du corps : une notion psychomotrice……..p28

3.3. Les pathologies de l'image du corps…….p30

3.4. Les représentations corporelles de l'adolescent……p30

4. La prise en charge de l'obésité chez l'adolescent : un travail pluridisciplinaire…..……..p31

IV – Le projet « Ado »……..p32

1. Elaboration d'un projet……p32

2. Premier contact avec les adolescents et leur famille……p33

2.1. Les bilans initiaux……p34

2.1.1. Léo……p35

2.1.2. Nicolas……p38

2.1.3. Amélie……..p40

2.1.4. Audrey……p42

2.1.5. Rudy……p45

2.1.6. Romane……...p47

2.1.7. Laura……..……p49

3. Réunion d'équipe : échange autour des patients et résultats des

bilans……..……..p51

V – Déroulé des séances……p53

1. La construction des séances……...p53

2. Les séances……p54

2.1. Séance 1 : L'ancrage……..…p54

2.2. Séance 2 : Le corps et ses représentations……..p55

2.3. Séance 3 : Equilibre et posture……p56

2.4. Séance 4 : Les émotions……p58

2.5. Séance 5 : La kinésphère et représentations corporelles…….p59

2.6. Séance 6 : L'intérieur du corps et l'enveloppe corporelle…….p61

2.7. Séance 7 : Retour sur l'ensemble des ateliers……p62

3. Bilans finaux……..……p64

3.1. Rudy……..…..p64

3.2. Amélie……p66

3.3. Nicolas……p68

3.4. Laura……..……p70

4. L'impact des ateliers……..p72

VI – Discussion : Réflexions et perspectives……p73

1. La conscience corporelle comme outil de prise en charge de l'obésité……..……..p73

2. La relaxation comme soutien des représentations corporelles…p76

3. Une prise en charge à plus long terme……p78

VII – Conclusion……..……p81

VIII – Bibliographie……p83

IX – Sitographie……p85

X – Annexe……p I

I – Introduction

En deuxième année à l'institut de formation en psychomotricité j'avais déjà une idée de l'orientation de mon futur mémoire. Je souhaitais aborder la question du groupe chez le sujet âgé. Mais diverses interventions sur le troubles des conduites alimentaires m'ont interpelée. L'obésité n'entre pas dans cette classification mais c'est une pathologie qui a néanmoins été mentionnée. L'apport de la psychomotricité dans la prise en charge pluridisciplinaire de cette pathologie m'a tout de suite questionné et je me suis mise à chercher un terrain de stage où je pourrais travailler avec cette population. C'est en rencontrant des étudiantes de troisième année que j'ai découvert le stage expérimental proposé par le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPOP). Elles m'ont présenté un stage expérimental.

Ce type de stage est supervisé par un psychomotricien référent de l'institut de formation mais ce dernier n'est pas présent sur le terrain. En effet il n'y a pas de psychomotricien dans la structure mais un binôme d'étudiant proposant un projet. Après avoir trouvé ma partenaire nous avons donc entamé une réflexion autour de la prise en charge de l'obésité chez l'adolescent. Le but du dispositif expérimental est de faire valoir l'efficience de la psychomotricité dans l'institution. L'équipe du REPOP est réceptive à la démarche psychomotrice et souhaite la mettre en avant en proposant un stage chaque année.

Nous avons ensuite rencontré la coordinatrice de santé à laquelle nous avons proposé et argumenté notre projet pour des ateliers destinés aux adolescents qui s'organisait autour de la conscience corporelle. Dans la semaine qui a suivi cette rencontre nous avons été contactées pour nous informer que notre projet avait été

retenu et que nous serions donc, cette année, les prochaines stagiaires en psychomotricité.

De là nous avons commencé l'élaboration du bilan psychomoteur que nous souhaitions proposer et la constitution d'une « boîte à outils » afin d'enrichir nos propositions futures.

Je souhaitais partir d'un questionnement clinique dans la rédaction de mon mémoire de fin d'étude, alors j'ai attendu de rencontrer les premiers patients. De là, je me suis demandée comment l'adolescent avec un problème de poids perçoit-il et vit-il son corps ? Quelle place la psychomotricité peut-elle prendre dans le processus de réappropriation du corps pour un adolescent en surpoids ? Comment à travers un travail autour de la conscience corporelle l'adolescent en surpoids peut-il mieux habiter son corps ?

Pour répondre à cela nous allons nous intéresser au cadre de prise en charge proposé par l'institution et la place de la psychomotricité dans celle-ci, avant de questionner diverses théories. En effet nous nous intéresserons à l'obésité et son diagnostic mais aussi à l'adolescence, ce processus qui fait la jonction entre l'enfance et l'âge adulte, et enfin à l'image du corps à la lumière des apports de différents auteurs. Mon propos s'appuiera sur ma clinique au sein de ce stage, soit l'ensemble du groupe présent aux « ateliers ados ». Des liens pourront être établis entre les informations théoriques et les observations du groupe d'adolescent. Nous finirons par un focus sur les médiations proposées et l'impact de la prise en charge avec une ouverture sur les perspectives à la sortie du réseau.

II – Présentation du lieu de stage.

Le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPOP) d'ile de France nous accueil au sein de sa structure dans le cadre d'un stage expérimental.

1. Le REPOP

Il s'agit d'un réseau de soin dédié aux mineurs ayant une problématique pondérale crée en 2003. L'inclusion d'un patient dans le réseau se fait pour deux ans, depuis 2003 nous en dénombrons 8 555[1] avec un peu plus de 2 000 patients en file active.

Le REPOP propose une prise en charge, de l'enfant ou l'adolescent, pluridisciplinaire et gratuite.

1.1. L'équipe.

L'indication des patients se fait par les professionnels les plus proches des jeunes. Cela peut venir des établissements scolaires, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les centres médicaux ou encore des centres hospitaliers.

Au sein d'une équipe REPOP on retrouve différents acteurs dont les principaux sont les coordinateurs santé, les médecins généralistes ou pédiatres, les diététiciens et les psychologues.

[1] Données 2017 pour le DPC organisé par le REPOP.

Le médecin est adhérant du réseau, soit spécialisé dans l'obésité. Il reçoit les familles en premier lieu et son rôle est de diagnostiquer la maladie ainsi que l'annoncer aux patients et assurer le suivi. C'est lui qui indique la prise en charge.

Le diététicien, lui, doit proposer une rééducation du comportement alimentaire du patient. Il est important qu'il prenne en compte dans son projet le niveau socio-culturel, la sphère médicale et psychologique de la famille. Chaque patient a son propre rythme, le diététicien, comme les autres professionnels, se doit de le respecter afin d'espérer des résultats plus concluants. Il trouve avec le patient et sa famille l'alimentation la plus adaptée.

Le psychologue est là pour faire du lien entre la pathologie organique et le retentissement psychique. Dans l'obésité il est important de comprendre la relation qu'entretien le patient avec la nourriture et ses motivations. Au sein du REPOP le but est d'identifier la problématique afin de débuter un travail de prise de conscience et de gestion des émotions et pulsions. Différentes psychothérapies sont préconisées dans la prise en charge de l'obésité, il n'y a pas de modèle type dans lequel tous les patients peuvent s'installer.

Les psychomotriciens ne font pas encore officiellement partie de l'organigramme des REPOP mais grâce à la création de stages expérimentaux une action conjointe avec les autres professionnels permet une prise en charge plus globale et un travail autour de la réappropriation du corps, dans l'espoir d'une création de poste future.

1.2. Les actions et les objectifs.

Le REPOP a pour objectif de prévenir, de prendre en charge et d'accompagner au mieux l'enfant et l'adolescent dans la gestion de son poids. Le

but est également de sensibiliser le jeune et sa famille, au bon équilibre alimentaire et à l'importance de l'activité physique.

La prise en charge du REPOP est organisée de manière quantifiée afin de proposer un parcours de soin adapté au plus grand nombre tout en apportant un accompagnement personnel.

1.3. Le parcours de soin.

Quand un patient intègre le REPOP c'est pour une durée déterminée de deux ans. L'équipe du réseau propose dix-sept consultations : une pour l'inclusion du patient avec le médecin et dix pour le suivi médical au cours des deux ans au sein du REPOP. A cela s'ajoute six consultations psychologiques et diététiques confondues.

Pour étayer cette prise en charge pluridisciplinaire des ateliers de groupe, de l'activité physique adaptée, des examens complémentaires sont proposés par le REPOP. Il est également possible d'inclure le jeune dans des courts ou moyens séjours en centre spécialisé.

Il est important de garder en tête que malgré le dispositif, la prise en charge est efficace à partir du moment où une alliance thérapeutique est créée et que le projet est validé par le patient qui révèle une réelle motivation.

2. Etre stagiaire au REPOP.

Nous avons précisé plus haut qu'aucun psychomotricien ne se trouve dans le réseau, en tant que stagiaire cela implique une certaine autonomie. Il reste tout à faire. Ce stage existe depuis 2013 ce qui nous permet de nous reposer sur les expériences de nos prédécesseurs.

Pendant toute la durée de ce stage nous avons joué le rôle de relai entre l'équipe et les patients et leur famille. Nous étions les interlocuteurs directs. Nous avons pu répondre aux questions des parents ou dans le cas contraire faire remonter l'information au professionnel concerné.

En tant que stagiaire nous avons été très bien accueillis au sein de l'équipe du REPOP, trouvant un soutien auprès de la psychologue et la diététicienne lors des ateliers.

3. La place de la psychomotricité au sein du réseau

Dans le parcours de soin REPOP bien qu'il n'y ait pas encore de place officielle réservée à la psychomotricité, grâce l'action de nos prédécesseurs nous avons pu intégrer le réseau de notre région par le biais des « ateliers ado ».

Depuis 2013 l'équipe a su accueillir le regard psychomoteur apporté par les différents stagiaires et les médiations proposées. Ce stage a pour but de créer une place plus importante et plus systématique à la psychomotricité, dans le suivi de l'obésité pédiatrique.

III – Quelques notions théoriques

1. L'obésité chez l'adolescent

1.1. De la définition au diagnostic

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. »[2] La graisse correspond aux tissus adipeux qui sont constitués d'adipocytes, les cellules qui mettent en réserve

[2] http://www.who.int/topics/obesity/fr/

les graisses. Les lipides stockés par ces cellules font accroître leur volume. Une fois l'adipocyte étendu à son maximum il a la possibilité de créer de nouvelles cellules qui pourront jouer le même rôle. Ces deux processus contribuent à l'augmentation de la masse du tissu adipeux.

Néanmoins le tissu adipeux n'est formé qu'à environ 33% d'adipocytes, le reste se constituant de cellules souches, de lymphocytes, de cellules du système immunitaire, de cellules vasculaires et de terminaisons nerveuses. Ce tissu n'est donc pas uniquement responsable de l'accumulation des graisses.

Le diagnostic d'obésité est posé par un médecin qui aura réalisé différentes mesures.

1.1.1. L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

Il s'agit de calcul de référence dans le diagnostic médical de l'obésité, il est réalisé systématiquement. Le suivi de l'IMC se fait dès la naissance avec les courbes de corpulence.

L'évolution normale de l'IMC se caractérise par trois phases : durant la première année de vie l'enfant s'arrondit, son IMC remonte. Jusqu'à ses six ans l'enfant tend à voir son IMC diminuer avant de voir le rebond d'adiposité physiologique faire augmenter l'IMC de manière progressive jusqu'à l'âge adulte (environ vingt ans).

L'IMC correspond au rapport du poids, en kilogrammes, sur la taille au carré, en mètre :

$$IMC\ (kg.m^{-2}) = Poids\ (kg)/\ Taille^2\ (m)$$

On dit qu'une personne est en surpoids lorsque son IMC est de 25 $kg.m^{-2}$, la barre de l'obésité est franchie lorsque l'IMC atteint 30 $kg.m^{-2}$ ce qui fait référence au « seuil à partir duquel le risque de mortalité ou de morbidité augmente de

manière significative. »[3]

Classification	Indice de masse corporelle ($kg.m^{-2}$)
Surpoids	25 à 30
Obésité	Supérieur ou égal à 30
Obésité classe 1 ou modérée	30 à 35
Obésité classe 2 ou sévère	35 à 40
Obésité classe 3 ou morbide	Supérieur à 40

L'IMC est un indice révélateur mais il est important de garder en tête qu'à lui seul il ne pose pas le diagnostic d'obésité. En effet pour un indice de masse corporelle identique, le taux de masse grasse n'est pas nécessairement le même. Il est donc important de savoir quel type de tissus constitue l'individu.

1.1.2. Rapport tour de taille / taille

Cette mesure donne une indication supplémentaire pour poser le diagnostic d'obésité. Cela met en évidence l'excès de masse grasse au niveau abdominal. C'est une mesure qui se prend à mi-distance entre la dernière côte et les crêtes iliaques. Le sujet est en expiration, la tête redressée. Le rapport tour de taille sur taille ne doit pas excéder 0,5 cm en temps normal.

1.1.3. L'impédancemétrie

Il s'agit d'un outil de mesure de la composition corporelle. Cela convient d'évaluer la résistance des différents tissus corporels au passage d'un courant électrique de faible intensité. L'eau étant constitutif de masse maigre et très bon conducteur, c'est en fonction du volume d'eau contenu dans le corps qu'est calculé l'impédance de l'individu. Ce procédé permet de mettre en évidence la masse

[3] BASDEVANT A., ARON-WINEWSKI J. et CLEMENT K. (2011), p 5

maigre et d'en déduire la masse grasse qui elle est plus résistante au passage du courant.

1.2. Epidémiologie

D'après les dernières données de l'OMS[4] le nombre de personnes souffrant d'obésité dans le monde depuis 1975 n'a de cesse d'augmenter. En 2016, 1,9 milliard de personnes adultes étaient en surpoids et parmi elles 650 millions avaient le diagnostic d'obésité. 340 millions d'enfants et adolescents âgés de cinq à dix-neuf ans sont en surpoids ou obèse, et on compte 41 millions d'enfants de moins de cinq ans dans la même situation.

En 1975 seul 1% des enfants et adolescents souffraient d'obésité (équivalent chez les filles et les garçons), en 2016 6% de filles et 8% de garçons sont diagnostiqués obèses entre cinq ans et dix-neuf ans.

En France, on dénombre 18 % des enfants de trois à dix-sept ans, en 2006, étant en surpoids dont 3% de garçons et 4% de filles souffrants d'obésité.

1.3. Etiologie

L'obésité n'est pas la résultante d'une cause unique mais l'association de différents mécanismes dont l'incidence sur le poids varie entre chaque individu.

Il existe des prédispositions génétiques à l'obésité. Les transmissions mendéliennes sont rares, le plus souvent l'obésité est due à des mécanismes épigénétiques. En d'autres mots c'est l'influence de l'environnement qui modifie l'expression de gènes. L'appareil génétique n'est pas la cause en soit de l'obésité mais l'empreinte d'un environnement obésogène sur le génome.

Des facteurs socio-environnementaux sont également à prendre en cause dans l'étiologie de l'obésité. Il existe des différences entre les classes socio-

[4] Octobre 2017

culturelles face à cette maladie. Les groupes aux plus faibles revenus sont plus touché par l'obésité et le surpoids de par une alimentation de mauvaise qualité, cette dernière étant plus abordable d'un point de vue financier.

Le temps alloué aux repas joue également un rôle dans la prise de poids. Nombreuses sont les familles (à faible revenus) à ne pas prendre le temps de s'asseoir autour de la table et partager un repas. La prise alimentaire est rapide avec des aliments riches en énergie et l'accent n'est pas mis sur les saveurs et l'équilibre nutritionnel. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) un Français passe 2h22 de son temps à manger en 2010. 15% des Français estiment grignoter entre les repas et cela concerne 29% des jeunes. Il est indiqué qu'un cinquième du temps d'alimentation se passe devant la télévision.

L'étude précédente met en avant le problème de sédentarité qui touche la société. Les jeux vidéo représentent un facteur de sédentarité, 90% des adolescents passent plus de deux heures à jouer aux jeux vidéo chaque jour en 2015. L'activité physique des jeunes tend également à se réduire par le développement des transports en commun.

Les facteurs psychologiques comme le stress et les conflits intrapsychiques sont également à prendre en compte. Ils peuvent modifier le rapport à l'alimentation et entrainer des comportements de défense ou compensatoire qui s'expriment par la prise de nourriture. Ces comportements peuvent évoluer vers des troubles des conduites alimentaires (TCA) ou alors l'obésité.

1.4. Sémiologie

La personne obèse est sujette à diverses difficultés sur le plan psychomoteur

et il existe également des complications à cette pathologie[5]. Tout d'abord nous allons différencier les différents types d'obésité qui influencent l'approche thérapeutique :

L'obésité constitutionnelle qui est présente dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. Elle est plurifactorielle mais on lui attribue une part de génétique avec une influence épigénétique.

L'obésité réactionnelle qui peut être passagère ou s'inscrire dans le temps. Elle apparaît suite à un événement qui peut être traumatique ou face à une angoisse. La composante émotionnelle est un facteur prépondérant dans ce type d'obésité.

L'obésité acquise elle est majoritairement présente à l'adolescence. Elle résulte d'habitudes alimentaires de mauvaises qualités et de la sédentarité importante. Elle peut se manifester à la suite de plusieurs régimes dont le sujet aurait perdu tous les bienfaits, c'est le phénomène de « yoyo ».

L'obésité androïde ou abdominale, il s'agit d'un morphotype de l'obésité où la masse grasse se situe majoritairement au niveau de l'abdomen.

L'obésité gynoïde ou glutéofémorale, c'est un morphotype à dominance féminine où la masse grasse est stockée au niveau des hanches, des fesses et des cuisses.

L'obésité mixte, est le morphotype majoritaire dans les cas des obésités morbides. La masse grasse est répartie de manière homogène sur tout le corps, touchant à la fois l'abdomen et les membres inférieurs.

De ces différents types d'obésité et des observations de la clinique, découle une sémiologie psychomotrice :

[5] Cf p 17

Le schéma corporel et l'image du corps peuvent se retrouver affectés par l'obésité de la personne. Plus généralement ses représentations corporelles. Il est important de chercher à savoir comment la personne habite son corps et comment elle le perçoit ainsi que l'influence de la société sur ce regard.

Le corps est l'outil de la rencontre, connaître la relation qu'à le patient avec son corps peut nous aider à comprendre comment il entre en relation avec autrui.

Chez les personnes souffrant d'obésité il est courant de voir une dévalorisation de la personne elle-même. Elles sont stigmatisées par une société dont la minceur correspond à la norme. Elles ne respectent pas les critères de beauté imposés par les médias, ces mêmes médias dont les publicités incitent à la surconsommation.

Les personnes obèses subissent des jugements de valeurs, elles sont qualifiées comme fainéantes, ne faisant pas d'effort, négligées… On les accuse d'être responsable de leur état. Dans ces conditions il est difficile pour la personne d'avoir confiance en soi, son narcissisme étant attaqué dans sa vie privée et professionnelle. La souffrance psychique est un réel symptôme de l'obésité qui peut évoluer en dépression.

L'équilibre est une notion importante lorsqu'on parle d'obésité. La personne peut se retrouver restreinte dans son corps et ses équilibres en sont nécessairement affectés. Il y a une baisse de la fluidité des déplacements et de la vitesse. Le polygone de sustentation est élargi et il est difficile pour les patients de trouver leur centre de gravité notamment en unipodal.

La composante motrice des praxies peut se retrouver affectée par l'obésité. Pour certaines personnes l'idéation et la planification sont également touchées mais ceci n'est pas une résultante de l'obésité. L'excès de masse grasse peut réduire les

capacités de mouvement aussi bien quantitativement que qualitativement. Entre en jeu la mobilité et l'amplitude articulaire ainsi que les perceptions sensorielles et proprioceptives. Cela impacte de manière significative l'investissement corporel de la personne.

Les personnes souffrant d'obésité peuvent être douloureuses, leur poids entraîne une compression de certaines articulations et une sollicitation plus importante de l'activité antigravitaire des muscles extenseurs. Les lombalgies sont des maux courants retrouvés chez le sujet obèse.

1.5. Les complications

L'obésité entraîne des complications à différents niveaux en fonction de l'IMC, elles sont cumulatives et d'un niveau d'urgence plus ou moins élevé.

Il existe des complications au niveau cardiovasculaire qui dépend de l'IMC mais également de l'adiposité abdominale, de la prise de pondérale à l'âge adulte, du commencement de la maladie et de la sédentarité. On retrouve principalement la cardiopathie ischémique, les troubles du rythme cardiaque et mort subite, des pathologies thromboemboliques et de l'hypertension artérielle.

L'obésité peut se retrouver associée à un diabète principalement au diabète de type 2. Il s'agit d'une pathologie insulinorésistante avec une surproduction de glucose hépatique avec un déficit de sécrétion de l'insuline par les cellules bêta des îlots de Langerhans. Cette complication est soumise à une prédisposition génétique additionné à un contexte environnemental favorable au développement de cette maladie.

Il existe également des complications respiratoires dont la principale est l'apnée du sommeil[6] qui est très fréquente chez la personne obèse. On peut

[6] Cette pathologie peut elle-même engendrer des complications cardiovasculaires.

retrouver de manière moins importante des troubles ventilatoires restrictifs, une altération de la mécanique thoracopulmonaire, des troubles ventilatoires obstructifs, de l'asthme, une hypoxémie modérée, un syndrome obésité-hypoventilation et une hypertension artérielle pulmonaire.

L'appareil digestif du sujet obèse n'est pas épargné par les complications. Les cas de stéatose hépatique sont importants dans l'obésité. La surcharge pondérale est un facteur de risque de reflux gastro-œsophagiens et de lithiase biliaire.

La surcharge pondérale entraîne des risques de complications ostéoarticulaires qui prennent de l'importance avec l'âge. L'arthrose qui touche le cartilage est une manifestation rhumatologique importante chez la personne obèse.

On retrouve une incidence de l'obésité dans les pathologies veineuses et lymphatiques, les cancers et l'hypertension intracrânienne idiopathique.

Toutes ses complications montrent à quel point il est important de prendre en charge l'obésité de manière précoce.

2. L'adolescence

L'adolescence est la période où de grands changements se font, aussi bien sur le plan physiologique, que physique ainsi que dans la sphère psychique.

L'adolescent est soumis à la pression interne de son corps qui cherche à sortir de l'enfance, en poursuivant son développement, mais aussi à une pression externe de son entourage et de la société.

2.1. La puberté

Provenant du latin *pubescere* qui signifie « se couvrir de poil », la puberté est le dernier processus menant à la maturité sexuelle physiologique. C'est un mécanisme hormonal qui entraîne des modifications physiques appelées les

caractères sexuels secondaires. La puberté ne suit pas le même rythme en fonction du sexe.

2.1.1 Chez les filles

Pour les filles la puberté est plus précoce, l'âge moyen est de 11 ans. C'est l'œstrogène l'hormone féminine qui est mise en jeu.

Pour les jeunes filles la puberté correspond au développement de la poitrine, de la pilosité au niveau du sexe et des aisselles, le développement du clitoris ainsi que l'apparition des menstruations qui sont la preuve de la maturité sexuelle de. On note également une prise de poids et l'apparition de formes au niveau du bas du corps.

Une fois ce processus achevée le corps est en capacité de répondre au premier besoin de conservation de l'espèce et donc d'accueillir la vie. C'est l'étape qui signe la sortie de l'enfance.

2.1.2 Chez les garçons

Les garçons débutent leur puberté un à deux ans plus tard. La testostérone conduit à l'augmentation du volume des testicules. Le scrotum s'amincit et rougit. On voit apparaître la pilosité pubienne et le grossissement du sexe. La voix se modifie elle aussi, pour devenir plus grave.

Vers la fin de cette période le visage se transforme, les rondeurs enfantines disparaissent et une pilosité faciale se développe.

La carrure change également, le jeune garçon prend une morphologie adulte. La musculature se développe et la croissance tend à s'amoindrir après une dite poussée en début de processus.

A la fin de la puberté l'adolescent est en capacité de se reproduire ce qui induit la production de gamète mâle, le spermatozoïde, assurée par les testicules via le processus de spermatogénèse.

Il existe des perturbations de cette étape qu'est la puberté. Dans le cas où les hormones (œstrogènes ou testostérone) ne sont pas secrétées cela compromet l'intégrité de l'appareil reproducteur.

2.2. Les processus psychiques

Pour Piaget la période de l'adolescence correspond aux opérations formelles du développement intellectuel. C'est l'âge de la construction des idéaux et des projets d'avenir. Il intègre dans cette période les jeunes entre 11 et 16 ans. Il y a un détachement du concret, l'adolescent se projette et introduit l'abstrait. Il s'agit de la pensée hypothético-déductive.

Le jeune est sujet aux complexes, les changements de son corps son rapide et ne correspondent pas forcément au corps fantasmé. Le regard de l'autre est souvent mal vécu et intrusif. Il est important pour l'adolescent de correspondre à ses paires et d'être intégré dans un groupe social. La différence est le sujet d'angoisse de l'adolescent.

L'adolescence une période où le jeune est en recherche d'indépendance et d'autonomie. L'adolescent cherche à se détacher de ses parents tout en gardant leur protection. C'est un période propice à l'expérimentation mais aussi d'opposition à l'autorité, ce qui peut engendrer des comportements à risque (mise en danger, abus de substance…).

Durant le processus d'adolescence c'est le sentiment d'identité qui est mis à mal. Une fois encore l'adolescent est sujet à un questionnement, « La condensation entre nouvelle réalité du corps, questionnements autour de la sexualité et questionnements œdipiens qui ressurgissent avec parfois beaucoup d'angoisse, entraîne « une altération, non seulement des relations affectives génitalisées mais aussi des satisfactions libidinales narcissiques en cela que l'estime de soi est altérée »[7] »[8].

2.3. L'impact comportemental

Au cours de l'adolescence il est question que le sujet se réapproprie son corps et son identité. Les modifications corporelles questionnent et entraînent un changement dans le comportement de l'adolescent. Chaque comportement est influencé par la personnalité du sujet, son environnement et les liens sociaux qu'il entretien. On retrouve chez les adolescents quatre grandes caractéristique des changements comportementaux :

- La variabilité de l'humeur, avec une potentielle agressivité qui n'est pas nécessairement pathologique.
- Un manque de confiance en soi ce qui entraîne une réduction de l'initiative et de l'anxiété. Appartenir à un groupe de paires permet à l'adolescent de se renarcissiser et d'avoir une certaine enveloppe, un soutien apporté par ses camarades.
- Des difficultés dans la gestion des émotions.

[7] KESTEMBERG E. (1999) p 23
[8] POTEL C. (2015) p 78

- L'isolement malgré l'importance du groupe de paires.

Le processus d'adolescence peut aussi se compliquer et dans ces cas-là la crise n'est plus organisatrice et le sujet ne retrouve pas de nouvel équilibre identitaire. Il existe plusieurs troubles et conduites à risque chez l'adolescent, qui menacent son intégrité physique et psychique. Parmi ces troubles on retrouve des troubles du comportement alimentaire type anorexie mentale et boulimie. L'adolescent cherche le contrôle absolu de son corps, heurté par ce que la puberté peut lui imposer.

Dans une recherche d'opposition, de décharge psychique et d'expérimentation l'adolescent peut engendrer des conduites addictives, avec ou sans substances, et certaines conduites à risque où il met sa vie en danger.

L'angoisse générée par ce processus qu'est l'adolescence peut entraîner des conduites phobiques menant à l'isolement et au repli sur soi. C'est le sentiment que la menace est externe et qu'il faut s'en prémunir. L'adolescent peut être déscolarisé et limiter ses interactions sociales dans le but de se protéger. Chez ses adolescents on remarque une perte de l'investissement moteur, parasité par toutes les pensées phobiques du sujet.

L'adolescence est régulièrement mise en parallèle avec la psychose de part « une impression d'étrangeté et d'irréalité qui l'inquiète (l'adolescent). Etre dans un corps qui ne lui ressemble plus, qu'il ne maîtrise plus, dans lequel il ne se reconnaît plus comme étant lui-même, autant de sensations et de sentiments que l'on pourrait approcher des états de dépersonnalisation. »[9].

[9] Ibid p 82

Dans les conduites à risque de l'adolescent il est important de ne pas exclure les tentatives de suicides qui illustrent un mal-être profond chez le sujet et une grande difficulté dans la résolution de ses conflits intrapsychiques.

3. L'image du corps

3.1. Définition du concept

L'image du corps est une notion psychomotrice complexe qui trouve sa source dans plusieurs écrits. Etymologiquement image a pour racine latine *imãgo* et corps vient de *corpus*. D'après le Robert Illustré (2015), le mot corps fait référence à « l'organisme humain, à un cadavre, un tronc, une personne, un individu »[10].

Ce concept prend ses racines dans la psychanalyse avec Paul Ferdinand Schilder (1886-1940) et Françoise Dolto (1908-1988).

3.1.1. Schilder

Schilder propose sa théorie sur l'image du corps dans son livre *L'image du corps* parut aux Etats-Unis en 1935, il faudra attendre 1968 pour voir apparaître la traduction française. Il s'appuie sur les travaux de Head et de Freud pour construire sa théorie.

Schilder ne différencie pas le schéma corporel de l'image du corps ces deux termes représentant l'image tridimensionnelle qu'on se représente de notre corps. Il fait correspondre à cela l'appellation de modèle postural qui se modifie sans cesse de par les différentes perceptions du corps.

Pour définir l'image du corps Schilder met l'accent sur le rôle prépondérant de la libido et de l'investissement sensoriel. La libido se fixe sur certaines zones

[10] Le Robert Illustré (2015) p 449

apportant des sensations essentielles au développement de la personne et est donc constitutive du modèle postural. Les zones de fixation variables, influence l'image du corps qui se structure par le lien qui se tisse entre les différents points érogènes, cela permet de former un corps unifier par les sensations.

Une place est attribuée à la dimension sociale de l'image du corps. Schilder nous dit que l'image du corps est l'association des regards extérieurs et de la nature des relations avec autrui. Le groupe est, pour Schilder, constitutif de l'image du corps.

3.1.2. Dolto

Françoise Dolto, autre psychanalyste, publie en 1984 *L'image inconsciente du corps*, ouvrage dans lequel elle montre les différences entre l'image du corps et le schéma corporel. Elle définit le schéma corporel comme une entité topographique de notre corps qui est influencé par nos expériences et l'environnement, ce qu'elle nomme cénesthésie. Il s'agit de notre sensibilité organique qui regroupe tout ce que nous percevons de nos tissus (muscles, os, sensations viscérales, circulatoires).

L'image du corps quant à elle « n'est pas une donnée anatomique naturelle »[11], elle est propre à chacun. Dolto la qualifie d'inconsciente, préconsciente et dans certains cas, consciente. L'image du corps relève de la somme d'expériences émotionnelles dans notre vécu relationnel, « elle est la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain »[12].

[11] Dolto F. (2014) p 49
[12] Ibid p 48

Dolto s'accorde avec Schilder sur le rôle de la libido dans la construction de l'image du corps, elle parle d'érotisation de la période prégénitale, liée aux émotions et désirs de l'enfant.

Selon elle l'image du corps repose sur trois modalités :

- L'image de base fait référence au sentiment de continuité d'existence, ce qu'elle appelle la « mêmeté d'être ». Cela implique de perdurer dans le temps et l'espace et de ressentir une continuité narcissique malgré les changements inévitables du corps. L'image de base repose sur la notion d'identité, le « Je », le prénom, tout ce qui fait de l'homme un être vivant et social.
- L'image fonctionnelle est entremêlée à la libido. Elle correspond aux ressentis du corps mué par des besoins et des désirs. Les zones érogènes du schéma corporel apportent un manque qui demande satisfaction, le corps s'adapte pour y répondre. Cette organisation influence l'image du corps dans son ensemble.
- L'image érogène découle de l'image fonctionnelle, elle est le lieu du plaisir et déplaisir. Cette dernière modalité est très en lien avec les émotions.

Pour Dolto on notera l'importance accordée aux désirs et de la place d'autrui dans la construction de l'image du corps.

3.1.3. L'image composite du corps

Éric Pireyre propose, dans son livre *clinique de l'image du corps*, de voir l'image du corps comme une image composite du corps. Il dénombre neufs éléments constitutifs de l'image du corps :

- La sensation de continuité d'existence est le premier composant de l'image du corps. Des auteurs comme Winnicott, Bullinger, Damasio et Dolto y font référence. Leurs théories impliquent le rôle de l'environnement, du tonus, de la sensorialité et des émotions dans le sentiment continu d'exister. Il s'agit de l'étape fondamentale dans le développement du psychisme de l'enfant.
- L'identité ou subjectivation se met en place au cours du développement psychoaffectif. Elle prend sa place dés la naissance lorsque les parents donnent un nom à leu enfant. La sensorialité et le dialogue tonique sont impliqué dans le processus de subjectivation. « Plutôt que la sensation elle-même, c'est de ressentir l'expérience de la sensation qui pourrait apporter le sentiment d'identité. »[13] « La subjectivation, c'est l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre. C'est aussi éprouver une forme de communication primitive et primordiale, le dialogue tonique. »[14] Damasio pointe aussi l'importance de l'environnement dans la construction de l'identité
- Dans un premier temps, donnée par le sexe phénotypique, l'identité sexuée n'est pas entièrement déterminée par le sexe d'assignation. Le comportement des parents après la naissance impacte l'identité sexuée de l'enfant. Ils s'adaptent dans leur manière de s'adresser à l'enfant en fonction de si c'est une fille ou un garçon. Les expériences proposées ne seront pas les mêmes également. « L'enfant construit

[13] Pireyre E. (2015) p 63
[14] Ibid

donc activement son identité sexuée sur la base des données biologiques, affectives et sociales. »[15]

- Pour compléter les théories de Schilder et Dolto il est nécessaire de prendre en compte la peau physique et la peau psychique. La peau au sens physique constitue un quart du poids de l'adulte. Nous avons cité plus haut l'importance de son rôle en tant que limite, mais ses fonctions sont multiples : elle a une place prépondérante dans l'immunologie du corps, le protégeant des agressions extérieures. Elle est actrice dans la thermorégulation. C'est un organe sensoriel majeur. Mais la peau possède une dimension psychique qui prend appuis sur la dimension organique. C'est ce qu'Anzieu appelle le « Moi-Peau ». Il existe huit fonctions du Moi-Peau : La maintenance, la contenance, la fonction pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, la fonction de soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles.
- La représentation de l'intérieur du corps est essentielle dans la construction de l'image du corps. Le vécu interne et les différentes perceptions permettent de construire les représentations de ce qu'il se passe dedans. Savoir ce qu'il se passe à l'intérieur favorise l'ancrage dans le corps[16].
- Le tonus correspond à la toile de fond des émotions et nous avons précisez tout à l'heure l'importance de la sphère émotionnelle dans la conception de l'image du corps. C'est à travers lui que l'histoire de la

[15] Ibid p 70

[16] Il s'agit de la raison pour laquelle nous avons choisi l'ancrage et l'exploration des structures internes comme point de départ à notre prise en charge.

personne fait trace. Il est également l'acteur infra-verbal principal dans la vie relationnelle.

- La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité se traduit par la présence de seuils sensoriels. Chaque personne ne ressent pas avec la même intensité les stimuli. Les différentes étapes de l'afférence de l'information sensorielle jusqu'au cortex influencent les seuils de sensibilité. La voie lemniscale joue également un rôle dans cette sensibilité en inhibant l'activité des cellules adjacentes ce qui permet de centrer l'information et de la traiter plus rapidement.
- Les compétences communicationnelles du corps sont mises en avant par les canaux de communication : les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques, la gestualité et le regard. S'ajoute à cela l'emprunte des émotions dans la communication corporelle. Chaque individu à des canaux préférentiels qui résultent de l'expérience de vie de chacun.
- Les angoisses corporelles archaïques correspondent aux angoisses de morcèlement, d'effondrement, de dévoration et de liquéfaction. Elles font partie intégrante du développement de l'enfant et certaines traces perdurent à l'âge adulte. Chacun est porteur d'angoisse, ce qui n'implique pas nécessairement la pathologie, ce qui compte c'est le retentissement émotionnel de ces angoisses, souvent corporelles.

De par ses neuf éléments on peut dire que l'image du corps est composite. Nombreux sont les facteurs qui entrent en jeu, cela induit alors la subjectivité de l'image du corps.

3.2. L'image du corps : une notion psychomotrice

Les troubles de l'image du corps relèvent à ce jour des compétences du psychomotricien, néanmoins il n'en a pas le monopole, d'autres professions avec leurs savoir-faire s'intéressent à la prise en charge de ces difficultés. La loi atteste que le psychomotricien contribue « par des techniques d'approche corporelle, au traitement [..] des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »[17]

La formation du psychomotricien offre, au futur professionnel, la possibilité d'apprendre à mieux comprendre son corps et à l'expérimenter davantage. De ce fait l'apport de l'investissement corporel du praticien, son langage corporel, ses émotions et surtout son dialogue tonique, le rend disponible pour comprendre et accueillir le patient et son fonctionnement.

Néanmoins il n'existe pas à l'heure actuelle de bilan psychomoteur de l'image du corps, il faut privilégier l'observation qualitative et l'écoute lors des entretiens. Nous pouvons également nous appuyer sur des tests qui ne sont pas des tests psychomoteur (exemple : le teste de Stunkard). Éric Pireyre propose une grille d'observation afin d'évaluer l'image du corps en s'axant sur les différents éléments de l'image composite du corps.

La psychomotricité est une discipline qui invite le patient à ressentir son corps, à l'explorer, le vivre et le comprendre. L'image du corps ou plus généralement les représentations corporelles sont la synthèse des expériences menées et le sens posé sur ces dernières. D'après les éléments apportés par les théories de Schilder, Dolto et Pireyre l'image du corps est une notion psychomotrice.

[17] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20040807

3.3. Les pathologies de l'image du corps

Il est rare que dans la clinique du psychomotricien un patient soit indiqué pour un trouble de l'image du corps isolé. Majoritairement cette notion est intriquée dans un tableau clinique plus large. Lorsqu'on parle de troubles de l'image du corps il faut lire derrière ça la notion d'angoisse. Nous rappelons que l'angoisse est une peur sans objet qui vient interférer avec le fonctionnement psychique. Le sujet va se créer des mécanismes de défenses afin de contenir ses angoisses corporelles et continuer à développer sa personnalité.

L'autisme est une pathologie où on retrouve des troubles de l'image du corps. Le patient a besoin de bouger, souvent de manière stéréotypée, pour se sentir exister ce qui nous renvoie au premier composant de l'image composite du corps développée par Pireyre.

Dans la psychose infantile se sont les angoisses archaïques de morcellement et de dépersonnalisation qui interviennent dans les troubles de l'image du corps. L'enfant psychotique a des représentations délirantes de son corps.

Les troubles de l'image du corps entre dans le tableau clinique de l'anorexie mentale où la personne refuse les modifications pubertaires et cherche à exercer un contrôle absolu sur son corps. Cette fois encore ce sont les angoisses archaïques de dilatation de l'enveloppe corporelle qui ressurgissent.

Il existe encore bien des pathologies où les troubles de l'image du corps interviennent, on les retrouve à tous les âges de la vie avec des modalités différentes.

3.4. Les représentations corporelles de l'adolescent

Les changements pubertaires mettent l'adolescent face à un nouveau corps, un corps qu'il ne ressent plus comme étant le sien, un corps étrange. L'adolescence c'est avoir un corps qui devient adulte, qui peut s'identifier à celui du père ou de la mère. Le sujet doit s'approprier son corps avec lequel il va affirmer son identité dans une recherche d'équilibre après les bouleversements pubertaires.

Le corps devient l'objet d'affirmation de soi. Il est utilisé par l'adolescent pour intégrer un groupe de paires ou alors se mettre en marge mais il reste un outil identitaire. Les vêtements, le maquillage, les tatouages, les piercings, sont autant d'armes dans « la lutte pour l'identité »[18].

4. La prise en charge de l'obésité chez l'adolescent : un travail pluridisciplinaire.

L'obésité est un problème de santé publique majeur, le plan obésité de 2010-2013[19] avait pour principaux axes :

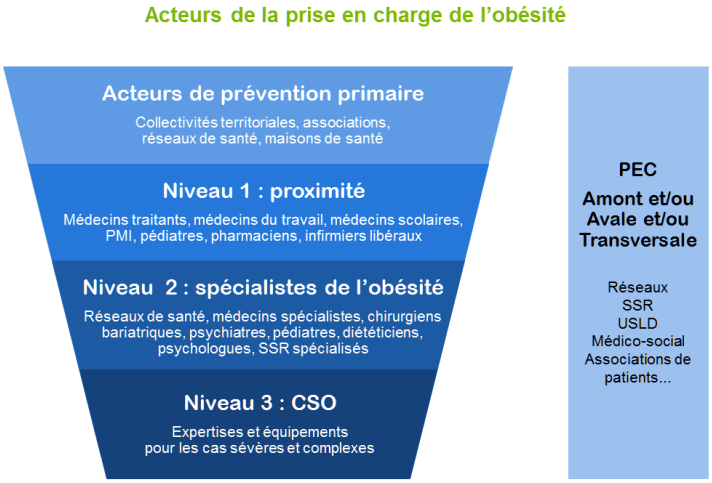
- Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte.
- Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.
- Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination.
- Investir dans la recherche.

C'est pour répondre au premier axe que le travail de réseau se développe et que les REPOP, créés en 2003, sont mis en avant. L'Agence Régionale de Santé (ARS)

[18] POTEL C., (2015), p 75
[19] solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

indique différents niveaux de prise en charge de l'obésité (figure 1), dans où on retrouve les différents acteurs du parcours de soin[20].

Figure 1 : Les acteurs de la prise en charge de l'obésité



Dans la prise en charge de l'adolescent il est indispensable de prendre en compte les répercussions psychiques et comportementales de la puberté. Le suivi en psychothérapie et en psychomotricité n'est pas uniquement orienté sur la pathologie mais doit prendre l'individu dans sa globalité avec ses conflits actuels. Ces deux domaines sont des supports de l'identité émergeante de l'adolescent et viennent accompagner le travail autour du soin de l'obésité.

IV – Le projet « Ado »

Dans le cadre du stage au REPOP, il nous a été demandé de prendre en charge l'atelier de psychomotricité pour adolescent, mais avant cela nous avons dû présenter une fiche explicative de notre projet pour ce groupe.

1. Elaboration du projet

Ce travail c'est fait en amont, dans le but d'obtenir le stage proposé par l'institution. Il nous a été demandé de réfléchir à une médiation particulière

[20] Cf p 7

correspondant à la pathologie de l'obésité, tout en prenant en compte la tranche d'âge de nos futurs patients. Pour ce faire nous nous sommes renseignées sur les propositions de nos prédécesseurs. Chaque année l'effectif de participant étant renouvelé il n'est pas indispensable de chercher la continuité.

En prenant en compte la sémiologie de l'obésité ainsi que les changements de l'adolescence, la conscience corporelle s'est imposée à nous. Il s'agit d'une médiation qui favorise l'écoute de son propre corps et de ses ressentis, à travers les différentes interactions avec l'environnement, soi-même et les autres. La conscience corporelle retentit sur la dimension psychique du sujet par le biais d'une valorisation de l'estime de soi. Cette médiation a pour but de préserver l'unité psychocorporelle du sujet. En d'autres mots, elle invite l'adolescent à mieux habiter son corps.

Avant de proposer des séances de conscience corporelle, il était important, pour de futures psychomotriciennes, d'effectuer le bilan psychomoteur. En effet des séances individuelles de bilans initiaux[21] ont été programmé. Nous avons donc présenté les différents items psychomoteurs à évaluer, ainsi que nos outils (tests, épreuves, questionnaires).

Ce projet a été soumis à la coordinatrice du REPOP ainsi que la référente de ce stage au sein de l'IFP. Une fois notre proposition acceptée, nous avons découvert l'institution et ce que signifiait être stagiaire au REPOP[22].

2. Premier contact avec les adolescents et leur famille.

[21] Voir 2.1 Les bilans initiaux, page 34.
[22] Voir II-Présentation du lieu de stage, page 7.

Dans un premier temps, afin de recruter des adolescents pour notre atelier de psychomotricité, nous avons dû courant septembre contacter par téléphone toutes les familles (dont l'enfant correspondait à la tranche d'âge) de la file-active du REPOP. Contacter les familles n'est pas chose aisée. En effet certaines restaient injoignables et d'autres réfractaire à notre proposition.

Dans cet entretien téléphonique il est question d'exposer succinctement l'objectif des ateliers proposés le mercredi par l'équipe, regroupant la psychologue, la diététicienne et nous, aux parents mais aussi à l'adolescent. Entreprendre un échange téléphonique avec le jeune s'est avéré compliqué, ce dernier ne souhaitant pas toujours s'adresser à nous. Cet échange avec les familles avait pour but d'aboutir à la prise d'un rendez-vous pour effectuer un bilan initial.

2.1. Les bilans initiaux.

Nous avons rencontré toutes les familles sur trois dates dans les locaux de l'hôpital au sein du service nutrition. L'adolescent et sa famille venaient pour deux heures afin de réaliser un bilan psychomoteur et une évaluation psychologique. La diététicienne a contacté par téléphone les familles pour son bilan.

Avant de visiter les salles nous avions une idée bien précise du déroulé de notre bilan. Malheureusement il nous a fallu nous adapter aux contraintes physiques de l'établissement, les locaux ne permettant pas la réalisation de tous les tests.

Au cours des trois journées de passation, notre bilan a évolué. Nous nous sommes adaptées aux contraintes temporelles et spatiales. Il nous a donc été possible d'effectuer notre bilan.

Nous avons rencontré sept patients au total, pendant une heure chacun. Les contraintes institutionnelles mentionnée ci-dessus ne nous ont pas permises de proposer les épreuves d'équilibre aux trois premiers jeunes rencontrés.

Les bilans psychomoteurs ont été réalisés à partir des tests et épreuves suivantes :

- épreuves d'équilibres inspirées du M-ABC2 et Du Charlop-Atwell (à l'exception de trois patients)
- épreuves d'extensibilité et de ballant
- évaluation de la motricité gnosopraxique distale (EMG) de Vaivre-Douret
- le dessin des trois personnes, inspiré du dessin de Goodenough, proposé par Sandra Gaumet[23]
- l'entretien sur les représentations corporelles d'Olivier Moyano (Annexe 1)
- le test des somatognosies de Bergès (uniquement pour Audrey)
- un questionnaire d'évaluation des notions spatiales
- test d'adaptation au rythme de Soubiran
- la figure de Rey

En complément du bilan psychomoteur nous avons souhaité faire passer le test de Stunkard (Annexe 2) pouvant nous éclairer davantage sur les représentations corporelles des adolescents.

2.1.1. Léo

Léo est un jeune garçon que nous avons rencontré alors qu'il avait quatorze ans, dans le cadre d'un bilan initial. Néanmoins Léo semble se présenter à nous de manière contrainte et nous signifie d'entrée son manque d'intérêt envers les futurs

[23] S. Gaumet, (2014), Approche psychomotrice de la personne obèse, Chapitre 4, page 53.

ateliers. La maman de Léo est effacée et ne souhaite rien imposer à son fils. Le papa n'étant pas présent dans la vie de la famille Léo prend la place de l'homme, nous remarquons que c'est Léo qui a de l'autorité sur sa mère.

Léo trouve que sa mère n'investit pas suffisamment sa problématique de poids, mais il ne trouve pas d'élément à améliorer à la maison. Quand Léo est entré dans la salle nous n'avons pas remarqué de morphologie laissant penser à une obésité. En effet durant l'anamnèse il nous explique avoir un poids fluctuant.

Durant la passation du bilan Léo arbore une attitude nonchalante et provocante. Il tente d'accélérer l'évaluation en expédiant les tests à la hâte.

- Les praxies

  Léo est très à l'aise dans ce domaine, il nous indique faire de la batterie et avoir une bonne coordination. Néanmoins au test de l'EMG il reproduit tous les mouvements avec précipitation et en miroir. Il maintient peu les positions.

- Le schéma corporel et l'image du corps

  Nous lui avons demandé de dessiner trois personnes mais Léo nous a signifier à plusieurs reprises ne pas aimer le dessin. Il décide donc de nous faire trois bonhommes bâtons identiques en spécifiant quand on lui demande des précisions « celui-là est peut-être plus grand ».

  Pour l'entretien des représentations corporelles d'Olivier Moyano, Léo donne des réponses précises et élaborées d'un point de vue technique. Néanmoins lorsqu'on se réfère à son corps à lui en cherchant à connaitre les parties qu'il affectionne le plus (tête et mains) et le moins (jambes), Léo donne des réponses courtes et ne souhaite pas développer lorsque nous lui proposons.

Nous notons tout de même que les ongles représentent une zone floue pour Léo, il a du mal à les situer dedans ou dehors.

- Latéralité et tonus

  Nous observons tout au long de la passation que Léo est gaucher. Lors de l'examen du tonus nous sentons une résistance plus prononcée du côté gauche, ainsi qu'un niveau tonique plus élevé. Léo est en difficulté pour se laisser aller malgré les mobilisations effectuées dans le but d'obtenir un relâchement musculaire.

- L'organisation spatio-temporelle

  Nous ne remarquons pas chez Léo quelconque difficulté si bien au niveau spatial qu'au niveau temporel. Les notions fondamentales sont acquises et le vocabulaire est connu et utilisé de manière adaptée. Léo a une boucle audio-motrice fonctionnelle révélée par le test d'adaptation au rythme de Soubiran.

- Perceptif

  Il n'est pas évident d'interpréter les résultats de Léo, il nous dit que la Figure de Rey l'agace et ne va pas au bout des consignes. Surtout pour la seconde partie, la reproduction de mémoire, où il nous rend une production en moins d'une minute avec seulement quelques éléments.

Le test de Stunkard met Léo en difficulté. Il a du mal à se représenter de manière précise son corps et à savoir comment les autres le représentent. Il finit tout de même par me donner des réponses se situant au milieu, sauf pour la dernière question où il lui est impossible de choisir.

Pour Léo nous gardons en tête une image du corps floue et changeante, avec un désinvestissement des tâches graphiques. Son attitude nous a posé

quelques difficultés et nous ne sommes pas certaines que les résultats obtenus reflètent réellement les capacités de Léo.

2.1.2. Nicolas

Nicolas se présente au rendez-vous avec son papa alors qu'il a treize ans. Au cours du bilan il sera compliqué de faire enlever son manteau à Nicolas, il garde ses mains enfoncées dans les poches. Nicolas reste discret durant l'entretien mais répond à nos interrogations. Il arrive à nous dire que sa relation avec sa maman est compliquée, qu'elle lui dit des mots blessants sur son poids et sa scolarité chaotique. Nicolas nous dit ne pas trouver sa place dans la fratrie.

Durant la passation des épreuves Nicolas est très appliqué mais très vite distrait par tous les stimuli environnants.

- Les praxies

  Lors de l'EMG, Nicolas fait attention de ne pas réaliser les gestes en miroir et prend alors le temps pour répondre. Il est en échec sur les items de profondeur mais le niveau praxique reste bon.

- Le schéma corporel et l'image du corps

  Nicolas investit tout de suite les propositions graphiques. Nous lui proposons le dessin des trois personnes en lui proposant dans un premier temps de se dessiner, il commence par représenter uniquement la tête et souhaite passer au dessin suivant. Sur notre sollicitation il fait un corps mais ne représente pas les pieds. Nicolas accorde une grande importance aux émotions des personnages qu'il dessine, c'est pour lui un élément essentiel qui se retrouve affecté par les modifications corporelles. Il dessine ensuite son idéal avec des abdominaux car son corps serait « plus beau » et lorsqu'on le sollicite

sur la différence entre les deux il nous dit « lui il est heureux ». Nicolas peut exprimer qu'il trouve le corps des autres plus avantageux.

A l'entretien des représentations corporelles de Moyano, Nicolas propose des réponses précises. Son corps lui sert à faire du sport mais il ne détaille pas cette question. Il mentionne les os comme étant quelque chose de fragile à l'instar des organes vitaux. Les os sont fragiles car ils peuvent se casser. Ce qui semble être le plus solide pour Nicolas sont les muscles et la peau, il ne justifie pas cette réponse. Nicolas aime ses yeux, ses mains et ses pieds, mais il est incapable de situer des parties qu'il n'aime pas. Il hausse les épaules à toutes nos suggestions.

- Latéralité et tonus

  Nicolas se détend très vite sur nos sollicitations rendant facile les épreuves de tonus et d'extensibilité. Il ferme les yeux et laisse tomber la tête, il utilise ce moment comme un instant de repos. On note que Nicolas est droitier lors des épreuves graphiques et cela se confirme par un tonus plus élevé du bras droit.

- L'organisation spatio-temporelle

  Les notions fondamentales sont acquises et le vocabulaire est connu et utilisé de manière adaptée. Nicolas a une boucle audio-motrice fonctionnelle révélée par le test d'adaptation au rythme de Soubiran.

- Perceptif

  Nous proposons la figure de Rey à Nicolas. Il prend le temps de réfléchir avant de tracer, son feed-back visuel et très fréquent si bien qu'il se perd dans sa production à plusieurs reprises. Nicolas tourne sa feuille plusieurs fois sans jamais toucher au modèle. Les habiletés visuo-spatiales de Nicolas

sont grandement déficitaires, il fait du trait à trait et ne voit pas la figure dans sa globalité. Le résultat est désorganisé. Pour la production de mémoire, la structure de base est présente mais pas les éléments internes.

Au test de Stunkard, on note que Nicolas a une bonne perception de sa morphologie.

Nicolas a un manque d'ancrage dans le corps et est en difficulté au niveau de l'investissement corporel. Il a besoin d'un espace pour explorer son corps et les différentes possibilités de ce dernier. Les difficultés visuo-spatiales se révélant être un second axe de prise ne charge.

2.1.3 Amélie

Amélie est une jeune fille de onze ans qui mesure déjà plus d'un mètre soixante-cinq. Elle est très discrète durant toute l'heure que nous passons ensemble, elle parle peu. La maman quant à elle parle beaucoup du poids de sa fille, elle considère que cette dernière ne s'y intéresse pas suffisamment. Amélie est très centrée sur les activités scolaires et le rangement. Tout est ordonné.

Pendant la passation du bilan Amélie est très investie et appliquée mais elle reste très discrète et ne parle que si on lui pose des questions.

- Praxies

  Amélie est très à l'aise lors de l'EMG, la planification du geste est efficiente et Amélie réussit tous les items proposés. Elle n'a pas besoin de réfléchir longtemps. Pour ce test elle exécute tous les gestes en miroir loin de son corps et à la bordure du champ visuel.

- Le schéma corporel et l'image du corps

Amélie a une représentation topographique de son corps intégrée mais il est plus difficile pour elle de mentaliser son corps et ses représentations. Au dessin des trois personnes, Amélie se dessine sans visage ni extrémités (mains et pieds), la personne lambda possède des chaussures et son idéal est bien plus détaillé. En effet elle se représente idéalement en robe, avec des cheveux et un visage complet. Elle précise sur sollicitation qu'elle serait plus heureuse (dessin idéal) et qu'elle pourrait porter ses robes toutes trop petites.

Durant l'entretien sur les représentations corporelles, il est très difficile d'obtenir des réponses de la part d'Amélie. Elle prend beaucoup de temps avant de répondre de manière succincte. Pour Amélie seul le cerveau est à l'intérieur et invisible. Ce qui est visible c'est son visage. Seules ses jambes peuvent se plier d'après Amélie même lorsqu'on insiste aucune autre réponse ne vient. Elle nous indiquera que ses tibias et genoux sont fragiles tandis que sa tête et ses bras sont solide, elle ne justifiera pas ses réponses. Amélie aime sa tête mais déteste ses cuisses. Elle situera la pensée dans le cœur.

- Latéralité et Tonus

  Amélie est droitière. Pendant l'examen du tonus elle est très rigide et participative. Il est impossible pour elle de se laisser aller malgré les mobilisations facilitantes. Elle est sur un versant hypertonique.

- L'organisation spatio-temporelle

  Amélie est à l'aise avec les notions spatio-temporelles. Elle utilise le vocabulaire à bon escient et sait se repérer aussi bien dans le temps que dans l'espace. Sa boucle-audio motrice est fonctionnelle.

- Perceptif

  Amélie est très concentrée lors de la copie de la Figure de Rey, elle a un feed-back visuel très fréquent. Elle s'agite beaucoup sur la chaise et n'a de cesse de modifier sa tenue du crayon. Amélie appuie avec insistance sur la mine et semble avoir du mal à réguler son tonus pour avoir un tracé plus fluide.

Au test de Stunkard on remarque qu'Amélie a une bonne représentation de son corps et une faible estime d'elle-même. Elle se dévalorise beaucoup dans ses verbalisations.

Pour Amélie nous retenons sa problématique corporelle très présente et son attitude de repli. Nous pensons qu'elle a besoin d'expérimenter son corps et toutes ses possibilités dans le but de mieux habiter celui-ci.

2.1.4 Audrey

Quand Audrey rentre dans la salle accompagnée de sa maman elle est souriante mais timide. Elle présente une surcharge pondérale mais n'est pas encore rentrée dans l'adolescence. En effet Audrey est en CM2 cette année et à dix ans quand nous la rencontrons. Elle ne semble pas préoccupée par son problème de poids ni même accorder plus d'attention que ça à son corps et l'image qu'il renvoie. C'est une jeune fille sportive qui se dépense beaucoup.

Contrairement à Audrey, sa maman est très préoccupée par le surpoids de sa fille. Madame se dit ancienne obèse et régit l'alimentation familiale de manière restrictive. Elle nous précis que lorsqu'Audrey est seule avec son papa ce dernier est laxiste et lui donne des gâteaux. C'est la maman elle-même qui a sollicité le

REPOP et plus spécifiquement notre atelier dans l'espoir qu'Audrey prenne conscience de sa problématique.

Audrey reste réservée durant tout l'entretien et même le bilan, elle répond à nos questions sans ajouter une parole qui sorte du cadre. Audrey est la première patiente à bénéficier de l'évaluation de l'équilibre.

- Equilibre

  Pour Audrey les équilibres statiques sont très précaires, en unipodal elle a systématiquement besoin de l'appui du mur. En bipodal sur la pointe des pieds elle est en échec et ne peut tenir les huit secondes demandées dans le Charlop-Atwell.

- Praxies

  Les résultats à l'EMG montrent qu'Audrey à des troubles visuo-spatiaux et praxiques. Elle fait beaucoup de pièce à pièce et les notions de profondeur et d'inclinaison ne sont pas intégrées. Pour les mouvements de doigts la représentation mentale du geste n'est pas acquise ce qui met Audrey en échec sur plusieurs items.

- Le schéma corporel et l'image du corps

  Pour le dessin des trois personnes, Audrey propose les trois mêmes personnes. Elle nous dit ne rien avoir à changer pour correspondre à son idéal et elle se sent tout à fait comme les autres.

  A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, nous avons des difficultés à obtenir des réponses de la part d'Audrey, il est nécessaire de la soutenir verbalement dans sa réflexion. Elle nous signifie que les os sont fragiles et qu'il n'y a rien de solide dans le corps. Ce dernier ne sert qu'à se déplacer.

Les réponses trop floues au test précédent nous ont poussé à proposer les somatognosies de Bergès à Audrey. Elle met beaucoup de temps à montrer ses cheveux sans que nous sachions si c'est une réelle hésitation ou un doute au niveau de la consigne. Ensuite elle ne sait pas situer les pommettes, les mollets, les paumes et les tempes. Audrey confond le cou et la nuque.

- Latéralité et tonus

  Audrey est droitière. L'examen du tonus n'est pas évident pour elle, il est compliqué de se laisser aller. Audrey est toujours dans l'anticipation et accompagne chacune des mobilisations.

- L'organisation spatio-temporelle

  Audrey possède les notions spatio-temporelles fondamentales et le vocabulaire. Néanmoins nous l'avons dit précédemment la profondeur et les inclinaisons ne sont pas acquises. La boucle audio-motrice d'Audrey est en difficulté, au test d'adaptation au rythme de Soubiran elle est constamment dans l'anticipation et elle se perd très vite dans le rythme.

- Perceptif

  Lors de la copie de la Figure de Rey, Audrey n'a pas une vision globale de la figure, elle fait du trait à trait, ce qui ne l'empêche pas de faire une figure complète. Nous notons qu'Audrey trace ses traits sur le plan vertical, elle tourne sa feuille pour toujours être dans le même sens. Durant la deuxième partie de ce test, elle prend beaucoup de temps (trois minutes) pour tracer peu d'éléments, à peine la structure de base. Nous pensons que la passation

d'un Frostig[24] serait intéressante mais le cadre institutionnel ne nous le permet pas.

Les réponses au test de Stunkard nous confirment qu'Audrey est loin des préoccupations corporelles liées à son surpoids. En effet elle nous indique des images de finesse voir de maigreur pour se définir.

Audrey est en difficulté sur différents aspects psychomoteurs. Son schéma corporel n'est pas tout à fait intégré et ses représentations corporelles ne sont pas en accord avec la réalité. L'indication en psychomotricité est justifiée pour Audrey.

2.1.5 Rudy

Rudy a douze ans lorsqu'il se présente à nous accompagné de sa maman. Il est très souriant et calme. C'est un jeune garçon qui pratiquait le basket-ball et le krav-maga mais il nous explique avoir arrêté et ne pratique plus d'activité physique à ce jour. Rudy rapporte de lui-même qu'il passe beaucoup de temps sur les écrans. Quand nous rencontrons Rudy pour la première fois il ne porte pas d'intérêt à son surpoids et attend de nous que nous apportions le déclic.

Durant toute la passation Rudy est participatif et de bonne volonté, il s'implique dans nos demandes.

- L'équilibre

  La jambe droite est la jambe d'appui de Rudy, mais l'équilibre n'est pas stable, il a tendance à s'appuyer sur le mur ou à avoir des mouvements de

[24] Le Frostig est un test psychomoteur évaluant le domaine perceptif grâce à des items de coordination visuo-motrice, de discrimination figure-fond, de constance de forme, de positions dans l'espace et de relations spatiales.

grasping au niveau des mains. Néanmoins Rudy a de bons réflexes d'équilibration.

- Praxies

  Rudy ne montre aucune difficulté dans ce domaine, il nous indique pratiquer la batterie ce qui d'après lui l'aide à réussir l'EMG.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes, Rudy prend le temps de réaliser ses bonhommes. Lorsqu'on observe ses productions les extrémités ne sont pas représentées, il y a très peu de détails et les proportions ne sont pas respectées. Il n'y a aucune différence entre sa représentation de lui actuellement et de son idéal, Rudy nous dit être déjà parfait.

  A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, Rudy donne des réponses élaborées seule la langue est imprécise pour lui. Il la situe à la fois dedans et dehors. Pour Rudy les yeux sont fragiles de part leur petite taille, au contraire les muscles, le front et le menton sont solides.

- Latéralité et tonus

  Rudy est droitier et sa latéralité est croisée car son pied d'action est le gauche. Durant l'examen du tonus il arrive à se relâcher et nous rencontrons peu de résistance lors de nos manipulations.

- L'organisation spatio-temporelle

  Rudy possède les notions fondamentales et le vocabulaire relatif. Il est capable de les utiliser à bon escient. Sa boucle audio-motrice est fonctionnelle.

- Perceptif

Rudy a des scores qui indiquent une fragilité au niveau des habiletés visuo-spatiales et de la mémoire visuelle. Pendant la copie de la Figure de Rey le feedback visuel est important et il est difficile pour Rudy de maintenir son attention durant tout le test. Quand nous proposons la reproduction de mémoire Rudy replace des éléments espacés sans retrouver la structure de base.

Au test de Stunkard, Rudy arrive à se situer du côté du surpoids. Il pense qu'on le voit moins gros que lui ne se voit. Il a conscience de son surpoids mais pour autant il ne souhaite pas en parler et ne voit pas pourquoi il devrait changer.

Rudy est en difficulté sur ses représentations corporelles et a besoin d'un étayage afin de mieux percevoir son corps et ses possibilités. Il a également besoin d'un cadre favorisant l'investissement corporel le poussant à explorer son corps.

2.1.6. Romane

Nous rencontrons Romane avec sa maman, c'est une jeune fille déterminée et volontaire qui a conscience de sa problématique et met tout en œuvre pour atteindre ses objectifs. Elle nous informe dès le départ vouloir travailler sur sa posture qui est enroulée.

Romane vient à notre rencontre avec une demande qui ne correspond pas à nos objectifs. Grâce à nos ateliers elle souhaite perdre du poids. Nous lui expliquons qu'il ne s'agit pas de notre ligne de travail mais que dans tous les cas nous soutenons sa démarche.

La situation familiale de Romane est compliquée et l'affecte beaucoup. Son frère de dix-huit ans est en rupture avec le reste de la famille et sa scolarité ce qui génère des conflits. La maman de Romane est aussi très impliquée dans le surpoids de sa

fille car elle, n'a pas eu le droit à une prise en charge. La situation dérange Romane qui se sent oppressée et qui voudrait être en autonomie sur la gestion de son poids.

- Equilibre

  Romane réussie les épreuves d'équilibre avec facilité que ce soit en unipodal ou sur la pointe des pieds. Nous observons un pied d'appui droit.

- Praxies

  L'EMG ne pose aucune difficulté à Romane qui nous montre un bon niveau praxique.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes Romane représente trois personnages ressemblants et peine à nous donner les différences. Elle finit néanmoins par nous dire que les jambes de son idéal seraient plus fines, mais elle ne se considère pas différente des autres.

  Lors de l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano nous observons que Romane voit son corps de manière fonctionnelle et technique, elle ne l'investit pas pour le plaisir. Son corps lui sert à s'allonger, marcher et se contracter. Elle identifie comme parties solides les mains et les pieds car nous les utilisons constamment et elles ne sont pas douloureuses.

- Latéralité et tonus

  Romane est droitière avec un pied d'action gauche. Durant l'examen du tonus il est difficile pour elle d'accéder au relâchement et elle participe de manière active aux mobilisations. Elle se présente sur un versant hypertonique généralisé aux quatre membres.

- L'organisation spatio-temporelle

Romane possède les notions fondamentales aussi bien temporelles que spatiales. Elle connaît le vocabulaire et l'utilise à bon escient. La boucle audio-motrice de Romane est fonctionnelle malgré quelques difficultés à s'adapter à la première cadence du test d'adaptation au rythme de Soubiran.

- Perceptif

  Nous observons quelques difficultés lors de la copie et de la mémoire de la Figure de Rey. Romane reproduit la figure trait à trait et n'a pas de vision globale.

Au test de Stunkard, Romane donne des réponses cohérentes par rapport à sa réalité émotionnelle. Elle nous dit que les autres la voient plus grosse qu'elle ne l'est ; sa réponse est due aux réflexions de ses camarades et des regards qu'elle interprète des passants lorsqu'elle est dans la rue.

Le bilan de Romane ne révèle pas de difficultés majeures. C'est une jeune fille qui a simplement besoin d'autonomie pour bien vivre son adolescence et expérimenter son corps mais également d'un soutien psychologique au niveau de la situation familiale.

2.1.7. Laura

Quand Laura entre dans la salle elle nous apparaît comme renfermée, repliée sur elle-même, elle ne dira pas un mot au début de l'entretien. Quand nous nous adressons directement à elle c'est la maman qui répond, empêchant alors Laura de parler.

Tout au long de l'entretien nous découvrons que Laura est une jeune fille souvent seule et en grand conflit avec sa maman. Cette dernière semble imposer sa vision de l'obésité à sa fille, les conséquences et l'attitude à adopter pour maigrir.

La maman a envers nous une demande précise concernant Laura. Elle souhaite que notre atelier règle les problèmes d'estomac de sa fille. Nous apprenons en effet que Laura mange peu et vomit systématiquement, prétextant des maux d'estomac.

Une fois la maman de retour en salle d'attente Laura semble libérée et nous parle aisément durant toute la passation.

- Equilibre

  Les équilibres de Laura sont précaires, ses postures sont complétement désaxées si bien qu'on retrouve son buste presque à l'horizontal. Elle n'est pas en capacité de maintenir son équilibre plus de deux secondes.

- Praxies

  Laura présente un bon niveau praxique malgré des mouvements timides et rapides. En fin de passation elle arrive à affirmer ses gestes.

- Schéma corporel et image du corps

  Laura investit tout de suite le dessin des trois personnes avec beaucoup de précision et d'application. Les détails sont très importants pour elle. Le tracé est néanmoins surchargé, rares sont les traits continus. Dans l'idéal Laura souhaiterait avoir une moins forte poitrine et des abdominaux plus dessinés. A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano Laura nous donne des réponses en lien avec sa problématique, tout est centré autour de l'appareil digestif.

- L'organisation spatio-temporelle

  Les notions fondamentales sont acquises, Laura connaît le vocabulaire relatif au temps et à l'espace et l'utilise à bon escient. Elle possède une boucle audio-motrice fonctionnelle.

- Perceptif

  A la figure de Rey nous ne remarquons pas de grandes difficultés pour Laura. On note tout de même un feedback visuel très important et un tracé peu fluide. La structure n'est pas reconnue dans sa globalité. Lors de la restitution de mémoire Laura fait quelque chose de semblable à son dessin initial mais a du mal à replacer les éléments internes de la structure.

Le test de Stunkard semble mettre Laura en grande difficulté, elle n'arrive pas à situer son corps. Néanmoins elle peut nous dire vouloir ressembler à la première figure.

Laura a besoin d'un espace pour vivre son corps et l'expérimenter de manière non agressive, dans le but de retrouver du plaisir. Son rapport au corps est très compliqué aussi bien dans ses représentations que dans ses possibilités.

En accord avec la psychologue nous tirons la sonnette d'alarme pour Laura, sa problématique corporelle laisse plutôt pressentir un versant anorexique.

3. Réunion en équipe : échange autour des patients et résultats des bilans.

Chaque professionnel de l'équipe a fait passer un bilan dans sa discipline. Nous avons organisé un temps pour confronter les résultats et prendre le temps de se rencontrer pour coordonner les ateliers.

Dès le début nous sommes tous d'accord pour ne pas proposer de suivi à Léo qui s'est montré très réfractaire. Nous cherchons à créer une dynamique de groupe et un travail dans le respect de l'autre, ce dernier nous paraît être un élément perturbateur dans notre démarche.

Nous abordons le cas de Nicolas et Amélie de manière unanime en soutenant leur insertion aux ateliers. La pression familiale et le mal-être de ces jeunes adolescents nous laisse entrevoir une multitude d'axes de travail dans nos domaines respectifs. La prise en charge en psychomotricité vise à les réconcilier avec leur corps et leur permettre d'avoir un espace d'expérimentation dans l'objectif d'un mieux-être.

Pour Audrey, nous envisageons, la psychologue et nous, de ne pas l'intégrer aux ateliers « Ado », la trouvant encore immature sur les plans physiologique et psychique. La diététicienne met en avant les problèmes alimentaires de la famille d'Audrey mais finit néanmoins par rejoindre notre avis car la jeune fille n'était pas cohérente dans son bilan.

Pour Rudy nous sommes unanimes pour dire qu'il y a une nécessité de prise de conscience de sa problématique corporelle. Il n'est pas gêné par son poids mais il est important qu'il réalise ce que cela représente et les enjeux. C'est également une demande de sa part. Nous le voyons donc comme un élément porteur du groupe.

Nous ne proposerons pas l'atelier à Romane car nous ne répondons pas à ses attentes et le besoin ne se fait pas sentir. Elle a une pleine conscience de sa problématique et met en place de manière autonome une solution adaptée. Nous représenterons donc un frein pour atteindre ses objectifs. En effet Romane pratique le hand-ball le mercredi après-midi, l'intégrer serait la priver de sa seule activité sportive sans oublier la dimension psychique. Elle est intégrée à un groupe de pairs et a un rôle à l'intérieur de celui-ci. Il n'est pas dans son intérêt que de chercher à l'en extraire.

Laura fait l'objet d'une grande discussion, ses habitudes alimentaires alertent la diététicienne. La psychologue ajoute une information à la réflexion, nous apprenant que Laura se scarifie. Aux vues de ses manifestations dans les trois champs cliniques nous décidons de l'intégrer au groupe tout en faisant remonter nos suspicions à la coordinatrice de santé qui pense proposer ultérieurement un suivi plus spécialisé.

Le groupe pour les ateliers est formé de quatre adolescents : Nicolas, Amélie, Rudy et Laura.

V- Déroulé des séances

1. La construction des séances

Pour élaborer nos sept séances nous avons donné un thème à chacune en lien avec les items psychomoteurs. Nous avons pensé l'organisation en fonction des problématiques d'Amélie, Nicolas, Rudy et Laura, tout en favorisant le corps et ses représentations au cœur de notre atelier. Il s'agit là de notre fil rouge.

En plus de l'élaboration des thèmes nous avons créé un modèle type de séance qui nous a servi de support pour construire chaque mercredi après-midi :

Nous proposons une mise en corps par le mouvement le premier quart d'heure où chaque patient est libre d'explorer son corps comme il le souhaite (danse spontanée, étirements, cris). Pendant quarante-cinq minutes les propositions d'expressivité s'enchaînent en fonction du thème de la séance. Avant la verbalisation nous proposons un temps de relaxation orienté sur les ressentis corporels.

Les séances de psychomotricité sont construites en continuité avec la prise en charge psychologique (deux séances d'une heure sur l'ensemble de l'atelier). Un cahier de suivi est mis en place, proposant des activités hebdomadaires aux adolescents. Ils doivent remplir les fiches de manière autonome et la semaine suivante nous en reparlons. Cela apporte de la matière de réflexion à nos séances et permet de les enrichir afin de nous adapter aux patients. Cet outil favorise le lien pluridisciplinaire.

2. Les séances

2.1. Séance 1 : L'ancrage

Cette première séance s'articule autour de l'ancrage au sol et dans le corps. Comme dit précédemment[25] l'image du corps se construit sur les représentations de l'intérieur de ce dernier. Nous décidons d'une première approche par exploration des différents tissus : osseux, musculaire et la peau.

Pour Rudy cette séance est l'occasion de partager ses connaissances anatomiques. En effet il souhaite devenir médecin et possède déjà quelques références. Il s'investit dans cette exploration et propose différentes solutions pour explorer l'intérieur de son corps, par exemple contracter les abdominaux pour les sentir.

Dans le cas d'Amélie les représentations internes sont beaucoup plus floues. Elle est tout à fait capable de sentir ses os par percussion et ses muscles par le biais d'auto-massages sur ses membres inférieurs mais quand nous abordons les membres supérieurs cela lui semble impossible : « on ne peut pas les toucher ils sont à l'intérieur. » Cela nous pose question sur l'intégration de la limite

[25] Cf p 27

dedans/dehors et ses représentations corporelles ainsi que sur l'investissement du haut du corps.

Pour Nicolas et Laura cette première séance est propice à l'exploration et à la prise d'initiative, chacun proposant des solutions afin de sentir les différentes structures corporelles.

2.2. Séance 2 : Le corps et ses représentations

Nous proposons le mot corps aux quatre jeunes et divers outils pour travailler autour de cette notion qui leur pose question. A l'aide de dessins, de pâte à modeler et de verbalisations nous cherchons à savoir quelle représentation de son corps a chaque jeune.

Rudy accorde beaucoup d'importance à son visage et ses cheveux, tout au long de la prise en charge nous avons pu remarquer qu'il les représente avec minutie alors que le reste est plus grossier. Nous proposons à chacun de se dessiner en taille réelle sur de grandes feuilles. Rudy se reproduit plus petit avec une tête imposante mais c'est le positionnement des bras qui nous interpelle. En effet les membres ne sont pas rattachés aux épaules, Rudy plaçant les bras sous la poitrine, c'est le cas dans tous les dessins qu'il produit tout au long des ateliers. Quand nous lui proposons la pâte à modeler Rudy choisi de ne représenter que le haut du corps plaçant cette fois les bras au bon endroit. Il se représente tout en volume, utilisant toute la matière et allant même à en redemander à son voisin.

Quand on parle de corps à Amélie cela lui évoque le cœur, c'est une notion qui revient souvent pour elle[26]. Elle se dessine bien plus petite qu'elle ne l'est

[26] Lieu de la pensée dans l'entretien des représentations corporelles de Moyano.

vraiment (soixante centimètres inférieurs) avec une tête très réduite. Elle nous dit tout de même être grande comme la tige d'une fleur. Lorsque nous lui proposons la pâte à modeler elle forme un cœur car elle dit en aimer la forme et que cela représente bien son corps. Au cours de différentes verbalisation durant la séance nous remarquons qu'il est difficile pour Amélie de parler de son corps, il est possible pour elle de nous décrire celui des autres mais le sien est comme mis à distance.

Pour Nicolas le mot corps évoque la santé, pour cela il dessine l'ensemble des organes vitaux avec précision. Quand il se dessine en taille réelle, il se représente avec soixante-dix centimètres de moins mais sa tête est disproportionnée. En pâte à modeler il sculpte le haut de son corps avec des bras longs et denses, lui aussi utilise toute la matière.

Laura prend du temps dans toutes les propositions. Quand on lui demande ce que lui évoque le mot corps elle dessine un miroir dont le visage qui se reflète est marqué de cicatrices. Nous faisons le lien sans l'évoquer, avec ses scarifications antérieures mais Laura précise que ce visage n'est pas le sien. Pour sa représentation en taille réelle, les dimensions sont respectées sauf pour la tête qui est plus petite. Nous l'interrogeons sur le creux qu'elle symbolise au sommet du crâne mais elle n'est pas capable de nous en donner le sens. Pour la pâte à modeler Laura utilise très peu de matière si bien que le personnage est trop fin pour tenir debout et s'effondre sur ses jambes.

Les représentations corporelles des jeunes sont variées cela nous donne des informations pour construire la suite de la prise en charge au sein des ateliers.

2.3. Séance 3 : Equilibre et posture

Au cours des bilans et des premières séances nous avons pu remarquer plusieurs difficultés au niveau des capacités d'équilibre pour chacun des adolescents. Nous profitons de cette séance pour travailler également la posture et la proprioception. Nous commençons la séance par un brainstorming autour de la notion d'équilibre.

Figure 2 : Résultat du brainstroming

Figé	Balance	Egalité
Rester sur un membre	Equilibre psychique	
Statue	Equilibre Alimentaire	

Les équilibres statiques mettent Rudy en difficulté, il est bien plus à l'aise dans les équilibres dynamiques. Il reste compliqué pour lui d'arrêter son déplacement sans être déséquilibré. Quand nous proposons à Rudy de reproduire la posture de Nicolas les yeux fermés il fait une exploration rapide des membres sans porter attention à l'enroulement de la colonne vertébrale. Il en va de même lorsqu'il doit reprendre sa propre posture en s'appuyant sur son sens proprioceptif, seuls les membres sont repositionnés.

Amélie est très performante dans les exercices d'équilibre. Nous remarquons qu'elle lève très peu le pied du sol favorisant une inclinaison pour maintenir l'équilibre. Elle nous dit que la position en équilibre unipodal lui « pique » le pied, elle le verbalisera à plusieurs reprises sans donner plus de détails malgré nos interrogations. Pour la reproduction de posture Amélie est très attentive aux détails, elle explore les postures à tâtons elle reproduit détail par détail mais ne se représente pas le corps dans sa globalité.

Nicolas est en grande difficulté sur les équilibres statiques et dynamiques. Il nous détaille avec précision ce qui permet de garder l'équilibre (transfert d'appuis, équilibration grâce aux bras, orientation du regard), mais cela reste compliqué à mettre en pratique. Dans les équilibres dynamiques Nicolas se retrouve très souvent en déséquilibre proche de la chute. Dans la reproduction de posture il est très à l'aise et attentif aux détails. Il se concentre sur ses sensations proprioceptives pour être au plus proche de la position initiale.

Laura n'est pas présente ce jour-là mais nous sommes revenus plusieurs fois sur la notion d'équilibre qui est très déficitaire chez elle. Nous travaillons autour de son axe et des sensations proprioceptives afin de lui permettre de trouver la position efficace pour maintenir son équilibre.

2.4. Séance 4 : Les émotions

Nous avons décidé d'orienter une séance autour des émotions afin de sortir de l'aspect mécanique du corps et de reconnecter ce dernier avec les émotions. Le langage corporel fait partie de l'image composite du corps et il est important pour nous de connaitre les canaux de communication préférentiels de chaque jeune.

Pendant toutes les propositions Rudy passe aisément d'une émotion à l'autre et semble bien les différentier. Il s'implique dans chaque proposition. Néanmoins il semble compliqué pour lui de ne pas s'appuyer sur la parole et de seulement se servir du langage corporel.

La séance a été compliqué pour Amélie. La discrimination des émotions n'est pas acquise elle a de grandes difficultés à les exprimer. Elle ne s'impose pas dans les mise en scène il faut la stimuler et lui proposer des manières de rebondir. Elle a de grandes difficultés à nuancer ses émotions.

Nicolas, dans toutes les propositions, interprète de lui-même des émotions négatives car il trouve cela plus simple et plus fort. A différentes reprises nous sommes obligées d'interrompre le jeu pour faire redescendre la pression. Quand nous proposons des émotions positives Nicolas arrive à se glisser dans le personnage en allant jusqu'à la caricature. Il s'appuie sur la gestuelle et les attitudes corporelles pour entrer dans son personnage et traduire les émotions mais la parole est un outil précieux pour Nicolas.

Laura identifie bien les émotions mais a des difficultés à les interpréter. Elle reste souvent dans le même registre (la provocation) et son expression corporelle a très peu de variations.

2.5. Séance 5 : La kinésphère et représentations corporelles

L'accent est mis sur la variabilité des représentations corporelles en fonction des expériences vécues. Pour cela nous proposons différents temps de dessin et de verbalisation entre chaque activité. Les jeunes ont pu expérimenter l'expérience de la kinésphère ainsi que poursuivre un travail de relaxation que nous leur proposons à chaque fin de séance.

En début de séance Rudy nous propose un dessin de lui avec un visage très expressif. Les bras restent néanmoins placés au milieu du tronc et les mains n'apparaissent pas. Par la suite il est difficile pour Rudy d'investir le mouvement et l'espace. Même si nous insistons pour qu'il utilise tout son corps, seuls ses bras ont tendance à bouger. Néanmoins il nous dit que l'exercice autour de la bulle (la kinésphère) est très positif, les sensations étaient agréables. Après cette exploration, il se dessine dans sa bulle avec le sourire, les mains sont apparues mais de manière floue. On constate que ses cheveux n'apparaissent pas alors que

Rudy mentionne toujours ses cheveux en premier lorsqu'il parle de son corps. Quand on demande de ne plus dessiner la bulle, le dessin prend plus de place, le corps est déformé et les jambes ne sont plus dissociées. Le temps de relaxation est difficile pour Rudy qui a du mal à se détendre par induction verbale. Nous proposons donc quelques mobilisations corporelles pour l'aider à mieux sentir son corps et lui offrir la possibilité de se relâcher. Dans son dernier dessin nous retrouvons son corps en entier mais les mains sont floues.

Les dessins d'Amélie sont très similaires, cette séance il y a des variations dans la posture. Nous pensons qu'il est plus révélateur de s'appuyer sur les verbalisations. Durant les propositions elle mobilise tout son corps et explore tout ce qui lui est amené. Néanmoins elle a du mal à rester dans son propre espace quand nous abordons la kinésphère, elle ajoute des déplacements. Elle verbalise par la suite qu'elle cherchait à sortir de sa bulle car elle y avait trop chaud et cela a rendu l'expérience négative. Elle formule vouloir une autre bulle. Son dessin avec la bulle est le seul à être différent elle dessine son corps avec deux boules séparées par un cou. Les membres sont ramenés vers l'avant proposant une posture de repli. Une fois la bulle retirée elle dessine un corps allongé car elle se sent fatiguée sans la bulle. Le temps de relaxation est très bénéfique pour Amélie depuis le début des ateliers. Quand elle se dessine après ce moment, elle qualifie son personnage de relaxé (il n'y a pas de variation avec ses dessins habituels).

Quand Nicolas se dessine on voit un sourire sur le visage proposé, un tronc long et des jambes courtes. Le dessin prend de la place sur la feuille. Néanmoins il nous dit qu'il se représente « blasé » en écho avec son état d'esprit du moment. Durant toutes les propositions Nathan explore chaque possibilité, il investit son corps et l'expérimente. Il est curieux et plein de ressources. Il nous dit après

l'exercice de la kinésphère s'être senti bien dans sa bulle, elle était apaisante, ce qui l'a rendu heureux et tranquille. Il nous dit qu'elle lui faisait du bien. Quand il se dessine dans sa bulle il a les yeux fermés et on voit deux épaisseurs à la bulle, une plus proche du corps faisant penser à une enveloppe. Après le temps de relaxation Nicolas dessine les contours de sa silhouette seulement sans ajouter de détails, il nous dit se sentir complet et solide.

Laura est très précise dans ses dessins, seules les mains sont symbolisées par des ronds. Elle dessine en détail ses vêtements et son visage. Laura se saisit de toutes les propositions et explore le mouvement. Par la suite Elle dessine sa bulle comme quelque chose de plein et sn corps est « flasque ». Elle décrit sa bulle comme de l'eau, flexible, froide, agréable qui lui procure de la joie. Quand on enlève la bulle le corps reste flasque et informe avec une impression de « coulée de lave » (c'est elle qui précise que c'est ainsi qu'elle perçoit son corps en sortant de sa bulle). Comme à chaque séance Laura profite de la relaxation, son corps se détend et les pressions l'aident à le déposer davantage sur le tapis. Il y a un réel abaissement tonique. Son dernier dessin ressemble encore aux précédents, un corps flasque mais elle nous dit le sentir plus dur qu'en sortant de la bulle, qu'il se rapproche du premier dessin.

2.6. Séance 6 : L'intérieur du corps et l'enveloppe corporelle

Seuls deux des adolescents sont présents ce jour-là. Nous leur proposons un travail sur le ressenti interne et les représentations de l'intérieur du corps dans la continuité de la première séance.

Nicolas dessine l'intérieur de son corps uniquement constitué d'organes avec seulement des os et muscles dans les membres inférieurs. Il décrit bien ce qu'il se passe à l'intérieur de son corps mais il est difficile pour lui de sentir les mouvements

internes. Il est capable de savoir que sa respiration est plus abdominale et il est à l'écoute des modifications en fonction des postures. Lorsqu'avec mes mains je lui propose de sentir ses limites corporelles il me dit qu'il ressent mes mains comme « une ceinture qui me retient ». Le deuxième dessin de Nicolas est axé sur la respiration, il représente le circuit de l'air. Il noircit le reste du corps et explique que cela représente l'unité de son corps.

Le premier dessin de Laura est marqué par la présence de vaisseaux sanguins qui « transportent l'air et l'eau ». On retrouve également les poumons, le cœur, une tuyauterie qu'elle identifiera comme les organes digestifs et le cerveau. Lors de l'exploration de l'intérieur du corps Laura est curieuse et fait plusieurs propositions sur ce qu'on ressentir et toucher. Laura a dû mal à ressentir sa respiration. Lorsqu'elle sent mes mains sur son abdomen, elle ressent la chaleur de mes mains. Dans son deuxième dessin nous trouvons les mêmes éléments que dans le premier avec les muscles représentés en plus.

2.7. Séance 7 : Retour sur l'ensemble des ateliers

Pour cette dernière séance nous proposons aux jeunes de la construire à base des outils utilisés tout au long de la prise en charge. Les émotions et représentations corporelles sont mise en avant.

Rudy est en difficulté au niveau de l'investissement corporel, le mobiliser est compliqué. Il n'est pas intéressé par l'effort et les possibilités d'exploration corporelle. Pour le dessin nous lui demandons de dessiner son évolution entre la première et la dernière séance. Il décide de se dessiner deux fois. Il explique qu'aujourd'hui il se sent plus grand. Dans une mise en scène il nous fait comprendre que le suivi a été une contrainte pour lui-même si une fois sur place il appréciait certaines propositions.

Sur cette séance ce qui est mis en avant c'est la difficulté qu'a Amélie avec les représentations et l'imaginaire. Elle a des difficultés à exprimer ce qu'elle ressent. Ses dessins sont pauvres en représentations, tous sont identiques depuis le début des séances, elle exprime tout de même avoir appris des choses sans pour autant mettre de mots dessus. Elle est toujours en grande difficulté au niveau de l'expression des émotions et de l'analyse de situations.

Nicolas arrive avec une douleur au pied, nous adaptons donc nos propositions, notamment autour des activités d'équilibre, nous lui demandons de prendre le rôle de chef d'orchestre. Il aime être celui qui prend les décisions et prend des initiatives. Lors du dessin, il se dessine dans un premier temps enchaîné puis une deuxième fois les chaînes à la main (Annexe 3). Là-dessus il nous dit « Je suis arrivé, je ne savais pas qui j'étais. Aujourd'hui j'ai grandi, j'ai appris plein de choses et de je sais qui je suis. ». Lors des scénettes Nicolas surjoue lorsqu'on lui propose des situations imaginaires, il va dans la caricature très vite. Mais lorsqu'il doit prendre le rôle d'un membre du groupe il est très impliqué et fait ressortir des traits marqués de ses camarades ou de nous-même.

D'entrée Laura profite de la séance et s'investit dans les propositions. Malgré tout, les équilibres restent précaires, sa posture est presque horizontale et l'utilisation des bras est très restreinte. Le dessin la représente mais dans des positions différentes, elle se dit plus sereine et détendue en fin de cycle. Les scénettes sont un moyen pour Laura d'exprimer son ressenti autrement que par des verbalisations.

Ce travail touche à sa fin en ce qui concerne le REPOP. Les bilans finaux décrits ci-après, nous permettent d'évaluer l'impact de notre intervention auprès de

ces quatre jeunes. Pour chacun d'entre eux un suivi à plus long terme et plus personnalisé pourrait être envisagé.

3. Bilans finaux

Nous rencontrons les patients pour la dernière fois afin d'évaluer de manière comparative leur évolution. Pour cela nous utiliserons la même batterie de test que durant les bilans initiaux[27].

3.1. Rudy

Rudy vient à cet entretien accompagné de sa maman, il nous informe s'être inscrit au théâtre grâce aux ateliers car il a le sentiment que les scénettes que nous lui avons proposées lui on fait du bien. Il se dit ravi d'avoir participé aux ateliers, madame remarquant elle aussi une évolution. Durant toute la passation Rudy est volontaire et appliqué.

- L'équilibre

  Rudy réalise les différentes épreuves avec peu de déséquilibres. Ses capacités dans ce domaine sont meilleures que lors du bilan initial, on remarque également moins de grasping au niveau des mains.

- Praxies

  Rudy ne montre aucune difficulté dans la réalisation de l'EMG avec des écart-types de 0,09 pour les mains et 1,08 pour les doigts. Les gestes sont toujours effectués en miroir.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes, Rudy dessine rapidement et sans détailler les trois représentations. Cependant, les détails du visage sont présents, ainsi que les mains et les cheveux sur les dessins le

[27] Cf p 35

représentant. Ces derniers correspondent à la réponse qu'il donne à la question G de l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano. Il ne semble pas impliquer lors de cette épreuve qu'il réalise rapidement. Il ne citera pas et ne dessinera pas de différences entre sa représentation actuelle et sa représentation idéale.

A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, Rudy répond spontanément aux questions posées. Il est capable de détailler ses réponses. Lorsque nous lui demandons de désigner les zones fragiles de son corps, il cite le visage car c'est une zone importante et sensible. Ses réponses sont élaborées et précises.

- Latéralité et tonus

  Rudy est sur un versant hypotonique, très peu de résistance et de participations sont rencontré durant l'examen. Sa latéralité est croisée, il est droitier au niveau du membre supérieur et son pied dominant est le gauche.

- Organisation spatio-temporelle

  Les notions fondamentales sont acquises tant au niveau spatial que temporel. Rudy est très performant au test d'adaptation au rythme de Soubiran, il est concentré et s'adapte en très peu de temps à chaque rythme proposé.

- Perceptif

  Rudy est dans la zone de fragilité au test de la figure de Rey. Il repère la structure de base mais est en difficulté pour replacer les éléments internes lors de la copie de figure. Le feed-back visuel est important. La de la reproduction de mémoire Rudy placera les éléments centraux

mais très peu de détails. Les habilités visuo-constructives de Rudy sont en difficultés.

Nous complétons notre bilan avec le test de Stunkard durant lequel Rudy se représente comme le personnage 6 et pense être perçu comme le numéro 4.

Pour Rudy le bilan révèle des praxies performantes, une boucle audio-motrice fonctionnelle, une latéralité croisée et une bonne organisation spatio-temporelle. Il met en avant des représentations corporelles encore en difficultés ainsi qu'une fragilité des habiletés visuo-constructives.

3.2. Amélie

Amélie se présente à nous comme étant en retrait avec peu d'échange oral. Elle fait des réponses courtes et semble en difficulté face à nos questions à plusieurs reprises.

- L'équilibre

  Amélie est très performante aux épreuves d'équilibre, elle ne présent aucune difficulté.

- Praxies

  Les résultats d'Amélie à l'EMG ne montrent aucunes difficultés praxiques, elle obtient des scores de 0,09 écart-type au niveau des mains et – 0,47 écart-type au niveau des doigts.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes, Amélie dessine trois silhouettes similaires comme lors de chacune de ses productions. Elle nous indique verbalement que son image idéale est celle d'une fille qui sort davantage et est plus heureuse, mais sans aucune distinction physique hormis des cheveux détachés.

Nous décidons de lui proposer le test des somatognosies de Bergès car nous nous questionnons sur l'intégration du schéma corporel. Elle n'arrive pas à localiser les narines (5ans), les pommettes (7ans), les mollets, les avant-bras, les paumes (8ans) et les tempes (10ans).

A l'entretien des représentations corporelles de Moyano, Amélie répond avec beaucoup de difficultés, son temps de réflexion est très important. Nous devons revenir sur certaines questions qu'elle ne comprend pas dont les réponses sont incohérentes. Néanmoins ses réponses sont plus complètes que lors du bilan initial, des éléments apportés durant les séances sont présents. Elle n'évoque aucune partie du corps qu'elle apprécie. Cette fois elle situe la pensée dans le cerveau.

- Latéralité et tonus

  Amélie est droitière et a une latéralité homogène. Lors de l'examen du tonus elle participe activement. Lors de cette épreuve elle se situe sur un versant hypertonique. Elle a des difficultés de régulation tonique misent en évidence tout au long du bilan.

- Organisation spatio-temporelle

  Les notions fondamentales sont acquises, Amélie utilise correctement le vocabulaire relatif à l'espace et au temps. Au test d'adaptation au rythme de Soubiran elle ne prend pas le temps d'écouter les différentes cadences et frappe immédiatement. Sur sollicitation elle s'arrête et écoute puis s'adapte au rythme.

- Perceptif

  La figure de Rey met Amélie en difficulté. Elle n'a pas de

représentation globale de la structure lors de la copie, elle trace trait à trait changeant de direction à chaque croisement. Elle construit la figure de droite à gauche. Lors de la restitution de mémoire beaucoup d'éléments sont présents mais pas bien placés ou peu reconnaissables. Les scores d'Amélie la situent dans la zone de fragilité.

Au test de Stunkard ajouté en complément Amélie s'identifie comme étant le personnage 5, ce qui ne correspond pas tout à fait avec la réalité. Elle pense être perçu comme le personnage 4.

Le bilan psychomoteur met en évidence des praxies performantes, une boucle audio-motrice fonctionnelle et une bonne organisation spatio-temporelle. On retrouve néanmoins des représentations corporelles plus complètes mais toujours en difficultés, un schéma corporel pas tout à fait intégré, une attitude introvertie et des habilités visuo-constructives fragiles.

3.3. Nicolas

Nicolas se présente avec sa maman qui évoque l'intérêt d'une poursuite de suivi (déjà évoqué par le papa précédemment). Aujourd'hui nous trouvons Nicolas apathique, avec une voix éteinte et il articule peu. Il nous est difficile de le mobiliser tout au long du bilan, nous ne retrouvons pas l'adolescent qui a participer aux ateliers.

- <u>L'équilibre</u>

  Il réussit les épreuves sans difficultés pour les équilibres statiques. Les équilibres dynamiques sont moins maîtrisés par Nicolas, il est obligé de retrouver l'appui de son second pied très vite.

- Praxies

  Nicolas fait tout le test en miroir contrairement à la fois précédente. Il se laisse glisser sur sa chaise ce qui rend sa position inconfortable et peu adaptée à l'exercice. Il effectue les gestes rapidement et de manière approximative. Néanmoins il répond avec succès aux items de profondeurs.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes Nicolas propose trois personnages différents mais en parle peu. Il précise juste que son idéal est plus grand. Cette remarque est revenue à plusieurs reprises au cours des ateliers.

  A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, les réponses apportées par Nicolas sont précises. Les représentations corporelles sont plus élaborées, néanmoins Nicolas évoque le fait qu'il aimerait être en fauteuil roulant dans le but d'être dispensé de sport. Il précise que le cœur est fragile car il devient douloureux lorsqu'il court.

- Latéralité et tonus

  Nicolas est sur un versant hypotonique durant tous l'examen. Il n'y a aucune participation pour les quatre membres.

- Organisation spatio-temporelle

  Les notions fondamentales sont acquises et utilisées à bon escient. Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Nicolas s'adapte très facilement aux différents rythmes.

- Perceptif

A la figure de Rey, Nicolas est en difficulté, il se perd dans sa construction et est obligé de recommencer. Il cherche à faire le contour sans lever le stylo. A la copie son écart-type est de – 5,23. Les habiletés visuo-spatiales sont grandement déficitaires avec un léger progrès depuis le bilan précédent. Il ne voit pas la figure dans son ensemble et peu de détails apparaissent, le résultat est désorganisé. A la mémoire l'écart-type est de – 2,51, on retrouve la forme globale mais les éléments internes ne sont pas replacés.

Au test de Stunkard les réponses de Nicolas révèlent une bonne connaissance de sa morphologie.

Le bilan psychomoteur de Nicolas met en évidence de bonnes capacités praxiques, une boucle audio-motrice fonctionnelle, un bon repérage spatio-temporel et des représentations corporelles en évolution. Néanmoins on retrouve de grandes difficultés dans les habiletés visuo-spatiales.

3.4. Laura

Laura est souriante et semble ravie d'être présente. Sa mère nous confie être plus proche de sa fille et corrèle son changement d'attitude à sa venue au groupe thérapeutique. Laura est un peu gênée de discuter devant sa maman et manifeste des réactions de prestance et a tendance à se refermer lorsque l'on évoque son évolution. Elle s'est investie corporellement et a toujours été volontaire lors des ateliers. Elle a été un élément moteur et elle a évolué positivement au cours des semaines passées.

- L'équilibre

  Laura réalise les différentes épreuves sans chuter mais on observe plusieurs déséquilibres. Sa posture n'est pas encore adaptée elle

compense par des mouvements des membres supérieurs. On constate néanmoins des équilibres statiques et dynamiques plus efficaces.

- Praxies

  L'EMG réalisé en miroir ne révèle aucunes difficultés praxiques.

- Schéma corporel et image du corps

  Au dessin des trois personnes, Laura prend son temps et détaille les trois personnages. Son idéal se différencie par sa coupe de cheveux et un changement vestimentaire. Nous remarquons également qu'il est plus fin mais Laura ne nous en dira rien.

  A l'entretien sur les représentations corporelles de Moyano, Laura répond rapidement, elle est sûre d'elle contrairement à la première fois. Ses réponses sont beaucoup moins centrées sur l'appareil digestif.

- Latéralité et tonus

  Laura est droitière et a une latéralité homogène. Elle présente un bon ballant au niveau des quatre membres.

- Organisation spatio-temporelle

  Les fonctions fondamentales sont acquises. Au test d'adaptation au rythme de Soubiran, Laura est très attentive et réussit à s'adapter aux différentes cadences.

- Perceptif

  La figure de Rey est réalisée avec aisance par Laura qui apprécie l'activité graphique. Elle a un feed-back visuel important, il lui arrive même de tracer en gardant les yeux sur le modèle. L a production de

mémoire présente des éléments mal placés mais la structure de base est présente.

Au test de Stunkard Laura s'identifie comme étant le troisième personnage (cela ne correspond pas à sa morphologie) et pense être perçu de la même manière. Il semble néanmoins plus évident pour elle de nous parler de son corps.

Le bilan psychomoteur de Laura nous rapporte une boucle audio-motrice fonctionnelle, des praxies efficaces, une bonne organisation spatio-temporelle et des habilités visuo-constructive performantes. Néanmoins l'équilibre reste un axe de travail important pour Laura tout comme son rapport au corps toujours fragile.

4. L'impact des ateliers

Durant les sept séances nous avons pu voir l'évolution des quatre adolescents avec des changements plus ou moins importants.

Pour Rudy les ateliers lui ont permis de consolider ses représentations corporelles et développer ses capacités d'équilibre qui se sont améliorées. Néanmoins au fil des séances il nous a été difficile de le faire s'investir corporellement, il ne trouvait pas de réel intérêt aux ateliers compte tenu qu'il ne veut pas travailler sur sa problématique pondérale. Nous pensons que Rudy manque encore de maturité et espérons un retentissement ultérieur de notre intervention.

En ce qui concerne Amélie l'intégration aux ateliers a laissé quelques traces au niveau des connaissances corporelles avec un dedans/dehors plus structuré. Néanmoins l'investissement émotionnel du corps reste restreint. Les émotions sont un élément compliqué à abordé pour Amélie ayant des difficultés à les discriminer. Nous notons qu'Amélie est en difficulté dans la compréhension des consignes, dans la symbolisation et l'imaginaire. L'intégration au groupe de pairs n'est pas quelque

chose d'évident pour elle.

Nicolas a su se saisir des ateliers qui lui ont apporté sur le plan social, psychique et corporel. Il nous dit avoir compris des choses sur lui et sur son corps, Ses représentations corporelles sont en évolution. Il a su s'investir tout au long de suivi, faisant preuve d'initiatives lors des explorations et apportant des verbalisations riches.

Lors des ateliers, Laura a pu vivre son corps et l'investir par le biais de propositions, dans le but de mieux l'habiter. Elle a semblé prendre du plaisir à explorer son corps et ses possibilités, ce qui était le premier objectif la concernant. Elle a été un élément moteur de la dynamique de groupe et cela lui a permis de tisser des liens avec ses pairs, chose importante pour Laura qui est une adolescente isolée.

Les ateliers REPOP font office de porte d'entrée, une évaluation dans le but d'orienter les patients vers un suivi au long cours par la suite.

VI – Discussion : Réflexions et perspectives

1. La conscience corporelle comme outil de prise en charge de l'obésité

La personne obèse est en souffrance sur différentes notions psychomotrices et la conscience corporelle peut permettre une amélioration de plusieurs d'entre-elles. Le but de la conscience corporelle est d'enrichir le sujet d'expériences et de sensations afin de lui faire comprendre, par le biais de ses ressentis, la propre organisation de son corps.

La conscience corporelle est également une médiation de relation. Il y a toujours au moins deux corps en psychomotricité, celui du patient et celui du

thérapeute. Il en va de savoir comment ses deux corps peuvent communiquer entre eux. Dans l'obésité le corps du sujet est déformé, mis à distance. L'enjeu est d'inviter le patient à le réinvestir, lui prouver qu'il reste un outil de communication fonctionnel.

Le corps c'est aussi l'identité, il est important d'être ancré dans son corps pour renforcer les assises identitaires. La conscience corporelle, aussi bien dans son aspect personnel que dans la relation à l'autre, favorise cette assise. Un corps gros n'est pas un corps sans vie, sans âme, c'est l'un des objectifs de la pratique de la conscience corporelle auprès de patients souffrant d'obésité.

Par la découverte de son corps le sujet peut le réinvestir et par la même occasion développer ses capacités dans divers domaines psychomoteurs. La conscience corporelle interroge :

- Le tonus, dans ses qualités de tension et relâchement.
- L'ancrage, en questionnant les appuis et le rapport au sol.
- Le couple équilibre/déséquilibre, de part le mouvement, les changements posturaux et la fonction antigravitaire.
- L'espace, aussi bien du corps que l'espace réel.
- Le temps et le rythme liés au corps et au mouvement.
- Le schéma corporel dans une question d'organisation posturale.
- L'image du corps chargée d'affects et de représentations mis en lien avec les éprouvés.

C'est pour la multiplicité des notions psychomotrices abordées que nous avons décidé de nous appuyer sur cette médiation pour élaborer les ateliers proposés par le REPOP.

Nous avons pour axe thérapeutique le travail autour de l'image du corps dans le but de faire évoluer les représentations corporelles. Toutes nos séances s'articulent autour de cet axe. L'adolescence, comme dit précédemment, est un processus qui entraîne des modifications corporelles et psychiques. La conscience corporelle vient questionner ces changements, le rapport au corps et par la même occasion l'identité.

Coordonné avec les actions de la diététicienne et de la psychologue, la conscience corporelle a permis aux quatre jeunes de mieux appréhender leur corps ainsi que leur problématique pondérale. Cette médiation a eu un effet de mise en lumière du corps et de ses représentations, elle a interrogé les différents éléments qui constituent l'image composite du corps apportée par Éric Pireyre. Les verbalisations des patients ainsi que les productions nous ont permis d'observer comment étaient construits ces éléments et leur articulation dans la conception des représentations corporelles.

La conscience corporelle est une approche qui facilite l'entrée dans la prise en charge globale de l'obésité. Cette médiation peut être apporter à différents moments du suivi de l'obésité :

- Dans un cadre préventif : l'écoute du corps et de ses ressentis permet au sujet de s'adapter avant de se tourner vers la chirurgie.
- Dans le cadre du suivi de la pathologie : le travail autour de l'équilibre, l'espace, la motricité, les représentations corporelles sont autant d'axes thérapeutique à envisager dans la prise en charge de la personne obèse.

- A la suite de l'opération : le patient doit se réapproprier son corps, ses changements. La relation au corps est affectée et la conscience corporelle permet au sujet de renforcer ou recréer le lien.

La conscience corporelle s'articule avec un grand nombre de problématiques, mais elle n'est pas la seule médiation à intervenir dans la prise en charge psychomotrice de l'obésité.

2. La relaxation comme soutien des représentations corporelles

Au cours de nos ateliers ado nous avons systématiquement proposé de la relaxation en fin de séance.

Robert Durand de Bousingen cité par Marc Guiose, dit que « Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. »[28]. Michel Sapir ajoute « nous définirons comme relaxation toute technique s'exerçant sur le tonus musculaire et visant au relâchement. Il va de soi que toutes réagissent sur la personnalité dans sa totalité, provoquant des positions affectives et libidinales. »[29] on entend par là que le simple relâchement musculaire n'implique pas la pratique de la relaxation il doit s'associer à des modifications psychiques pour être nommé ainsi.

Il existe un nombre important de méthodes de relaxation qu'on peut classer selon deux catégories : à point de départ physiologique, dans lesquelles on retrouve

[28] GUIOSE M. (2015), p 11
[29] CARRIC J-C., SOUFIR B. (2014), p 212

la méthode Feldenkrais, Jacobson, Soubiran et Wintrebert. Et à point de départ psychocorporel qui inclue la méthode Schultz et celle de Bergès.

Dans le cadre de nos séances nous avons débuté sur un temps de relaxation inspiré de la méthode Jacobson en proposant des contractions d'intensité différentes aux adolescents. L'intérêt de cette méthode dans le travail autour des représentations corporelles est de pouvoir ressentir des zones spécifiques du corps mais également, au long cours, chercher une unité du corps. L'objectif premier de cette méthode est le relâchement musculaire et la baisse de l'excitabilité du cortex. Nous n'utilisons pas le protocole de la relaxation Jacobson mais nous en inspirons.

Durant les ateliers Amélie, Laura et Nicolas ont été d'emblée très réceptifs à cette proposition. Tous les trois ont pu nous parler du bien procuré par ce moment, Nicolas nous dira même « J'ai pris du plaisir à détendre mon corps. ». Néanmoins Rudy n'a pas du tout profité de ce moment, cette méthode ne semble pas lui convenir. Il est dans une agitation continue entre deux contractions. C'est à la troisième séance que nous décidons de faire évoluer ce temps de relaxation en proposant des pressions corporelles sur l'ensemble du corps. Rudy est plus réceptif aux inductions corporelles et nous indique que « pour une fois ça m'a fait du bien ». Nous décidons donc de continuer selon ces modalités. Les pressions ont un effet bénéfique chez les quatre jeunes dont on sent un relâchement, Rudy nous signale que ça le « force » à poser son corps. Laura, elle nous parle « du contour » de son corps qu'elle peut sentir. Elle utilisera le mot « gilet pare-balle » pour signifier ce qu'elle ressent lorsque nos mains sont au niveau de son tronc. Lors de la dernière séance Nicolas se dit « entier » en sortant de la relaxation.

Marc Guiose nous dit « Si le regard du relaxateur posé sur le relaxé a une fonction narcissisante, la voix et son écho au niveau de l'image du corps nous paraît tout aussi essentielle. En effet, l'attention du relaxé est constamment vers le corps, vers les sensations. »[30], ce qu'il laisse entendre par là c'est l'importance des inductions verbales dans la relaxation. La voix du relaxateur permet au sujet de se resituer dans son corps et de porter son attention sur les sensations qui le traverse et d'y apporter des affects particuliers. Pendant ce moment de relaxation le corps est le centre des préoccupations de la personne, on lui suggère certaines choses ou on lui propose de ressentir. C'est la somme de ces sensations qui influence les représentations corporelles.

3. Une prise en charge à plus long terme

L'inclusion dans le REPOP est une première étape dans le parcours de soin des patients. Ils intègrent le réseau pour deux ans mais ne peuvent se présenter aux ateliers qu'une seule fois. Notre intervention en psychomotricité est donc une initiation. Nous cherchons à faire trace dans le corps et dans l'esprit des jeunes. Notre rôle est également d'évaluer les fonctions psychomotrices des patients dans la perspective d'une poursuite de suivi dans une autre institution ou en cabinet libéral. Au cours de nos bilans nous avons mis en avant les difficultés et compétences des adolescents, il serait intéressant au long cours de les prendre en charge de manière plus spécifique à chacun.

Pour Rudy il nous semble important de poursuivre une prise en charge individuelle en psychomotricité en s'axant sur l'investissement corporel et les représentations du corps. Pour cela il serait important de faire alliance avec lui dans

[30] GUIOSE M. (2015), p 98

le but d'obtenir une implication complète de sa part. En effet tout au long des ateliers il a été difficile de mobiliser Rudy sur le plan corporel. Il manque de motivation et cherche le bien fondé de notre intervention. C'est un garçon qui a besoin d'une grande attention pour investir les propositions corporelles. Pour Rudy l'objectif principal est de lui faire ressentir son corps et renforcer ses représentations qui sont pauvres.

Pour Amélie il y a divers axes de travail à envisager dans un suivi en psychomotricité. Au cours de nos ateliers nous avons pu observer ses difficultés dans la compréhension des consignes et dans l'accès au symbolisme. Les émotions sont aussi un axe de travail important pour Amélie. Elle ne les discrimine pas et ne les exprime pas que ce soit de manière spontanée ou lors de mîmes. On retrouve également des représentations corporelles très pauvres et des difficultés au niveau des habiletés visuo-spatiales. En accord avec la psychologue nous pensons qu'un bilan neuropsychologique complet serait intéressant afin de cerner ses difficultés et leur origine.

Il serait intéressant de poursuivre la prise en charge en psychomotricité pour Nicolas mais selon d'autres modalités qu'au REPOP. Il a beaucoup progressé au niveau de l'investissement corporel et des représentations, il est capable de le verbaliser lui-même et nous dire en fin de cycle « je sais qui je suis ». Pour Nicolas, une prise en charge à long terme axée sur ses troubles visuo-spatiaux et le graphisme, sans doute en lien l'un avec l'autre, semble adéquate.

Lors de l'atelier Laura a pu vivre son corps et l'investir pour mieux l'habiter. Elle a semblé prendre du plaisir. Le groupe l'a soutenue et lui a permis de tisser des liens sociaux avec des adolescents de son âge. Il faudrait accompagner Laura pour

qu’elle continue à se découvrir corporellement et pour qu’elle puisse être solide dans son corps. Un travail autour de l’équilibre doit être entreprit car malgré notre intervention il reste précaire en unipodal. Un suivi psychologique a été mis en place en dehors du REPOP suite aux difficultés qu’à Laura pour réguler ses émotions et afin d’éviter un nouveau passage à l’acte.

Chacun des jeunes a besoin de poursuivre la prise en charge en psychomotricité de manière personnalisée afin d’accentuer le travail proposé par le REPOP mais également de prendre en compte les besoins individuels.

VII – Conclusion

Lors de notre première rencontre avec les adolescents nous avons principalement remarqué chez chacun d'entre eux des difficultés au niveau des représentations corporelles. Il nous a paru important d'en faire notre axe de travail principal. Nous nous sommes alors questionnées sur l'apport de la conscience corporelle ainsi que la relaxation dans la construction de l'image du corps. Nous souhaitions permettre à chacun de mieux habiter son corps en en connaissant les limites et les possibilités. Nous nous sommes donc appuyées sur les ressentis du corps afin de structurer les représentations de ce dernier. Nous avons évoqué de manière directe et indirecte l'identité, l'identité sexuée, la peau psychique et la peau physique, le tonus, les représentations de l'intérieur du corps, la sensorialité, les compétences de communication du corps, c'est-à-dire l'image composite du corps. Nous avons pu voir comment la conscience corporelle vient étayer chaque composant. Au cours des ateliers nous avons pu observer que la relaxation vient soutenir la construction des représentations corporelles par l'accent continu qu'elle met sur le corps. Le sujet est continuellement face à ses éprouvés corporels.

Le travail groupal a également été porteur de notre prise en charge. La confiance qui s'est créer entre les jeunes et nous mais aussi entre les jeunes eux-mêmes, a permis l'exploration du corps dans un cadre sécurisant. L'investissement social, corporel et psychique n'a pas été le même pour tout le monde et le bilan final met en évidence les perspectives individuelles.

En cette fin de prise en charge nous avons pu remarquer un point commun à nos quatre adolescents mais également à ceux rencontrés lors des bilans initiaux, tous ont des difficultés au niveau des habiletés visuo-spatiales. Nous en venons à

nous questionner sur la corrélation éventuelle entre l'obésité et le rapport à l'espace chez l'adolescent. Qu'en est-il du corps de l'adolescent en surpoids dans l'espace ? Jeanne Fromont s'est intéressée à la question dans son mémoire de fin d'étude nommé *L'investissement spatial, une façon d'être au monde*….

VIII - Bibliographie

- BASDEVANT A., GUY-GRAND B., (2004), *Médecine de l'obésité*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences

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

- BOUTINAUD J., (2017), *Image du corps : Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques*, Paris, In press

- CARRIC J-C., SOUFIR B., (2014), *Pour le psychomotricien : Lexique*, Paris, Editions Robert Atlani

- CHAPELIER J-B. et al, (2000), *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod

- DOLTO F., (2014), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions Points

- FROMONT J., (2014), *L'investissement spatial une façon d'être au monde : Interrogations au sujet de l'utilisation de l'espace par des adolescent en surpoids dans un groupe de psychomotricité*, Mémoire de D.E. en psychomotricité

- GAUMET S., (2014), *Approche psychomotrice de la personne obèse*, Paris, De boeck solal

- GUIOSE M., (2015), *Relaxations thérapeutique : deuxième édition revue et augmentée*, Paris, Heures de France

- KESTEMBERG E., (1999), *L'adolescence à vif*, Paris, Puf

- *Le Robert illustré*, (2015), France, Le Robert

- MOYANO O., (2012), Un test d'image du corps, l'entretien sur les représentations corporelles, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°166.

- PIREYRE E., (2015), *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Paris, Dunod

- POTEL C., (2015), *Corps brûlant, corps adolescent : Des médiations corporelles pour les adolescents*, Toulouse, Erès

- SCIALOM P., GIROMINI F., ALABARET J-M., (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 1 : Concepts fondamentaux*, Paris, De boeck solal

- TROGLIA P., (2013), *Biologie, Je prépare*, Paris, Dunod

IX - Sitographie

Agence régionale de santé (ARS)

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/obesite-enjeux-et-acteurs Dernière consultation le 12/03/2018

Assurance maladie (Ameli)

https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/comprendre-mecanismes-puberte Dernière consultation le 30/01/2018

Haute autorité de santé (HAS)

https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=r_1500727 Dernière consultation le 12/03/2018

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite Dernière consultation le 23/02/2018

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281016 Dernière consultation le 27/02/2018

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/008-obesite-infantile.asp Dernière consultation le 27/02/2018

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/addiction-jeux/jeux-video/index.asp Dernière consultation le 27/02/2018

Ministère des solidarités et de la santé

solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf Dernière consultation le 12/03/2018

Organisation mondiale de la santé (OMS)

http://www.who.int/topics/obesity/fr/ Dernière consultation le 23/02/2018

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/ Dernière consultation le 23/02/2018

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/fr/ Dernière consultation le 23/02/2018

Autres sources

www.jle.com/fr/revues/stv/e-docs/la_mesure_de_la_composition_corporelle_nouveaux_aspects_281716/articl

e.phtml?tab=download&pj_key=doc_attach_14429 Dernière consultation le 23/02/2018

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20040807 Dernière consultation le 05/03/2018

http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/consccorp1/POLY.Mini.html Dernière consultation le 05/04/2018

X – Annexes

Annexe n°1

L'entretien sur les représentations corporelles

(Olivier Moyano)

A) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

B) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

C) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

D) On peut faire quoi avec son corps ?

E) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)

F) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)

G) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?

H) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

I) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

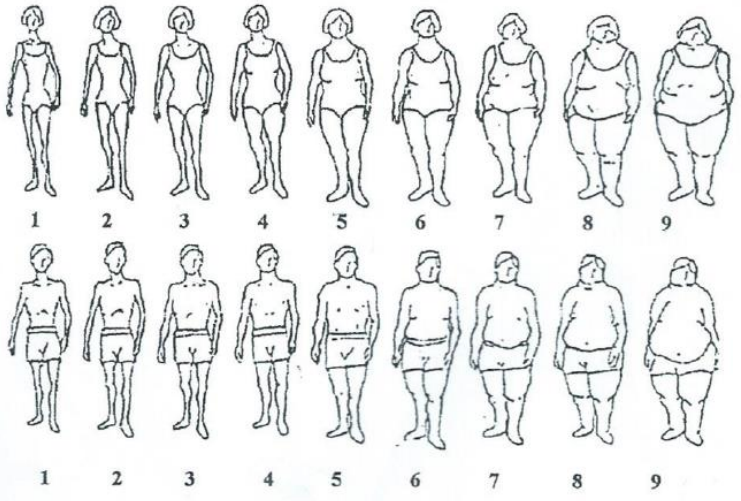
Annexe n°2

Le test de STUNKARD

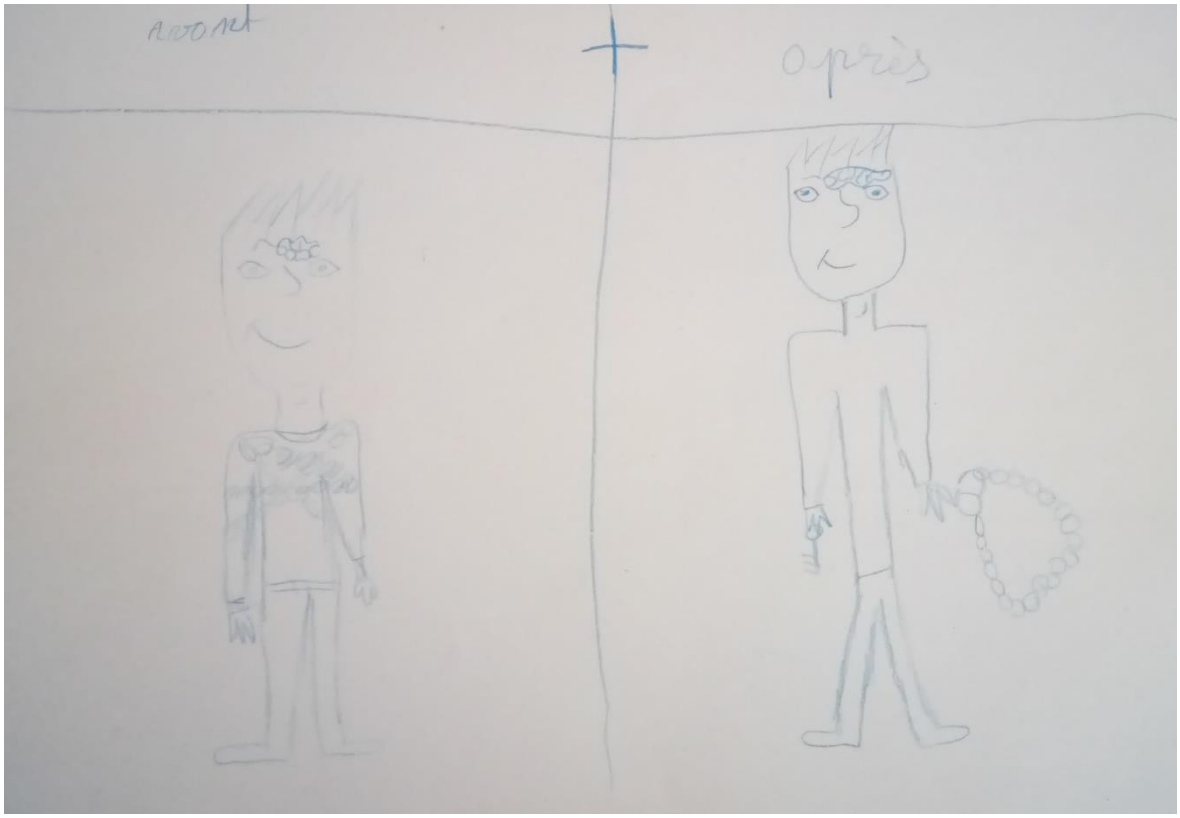
a. A partir des dessins suivants, indiquez quelle **est l'image qui vous représente le mieux** (mettre dans la case le numéro qui correspond à votre choix) ? /___/

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) /___/



Annexe n°3



Résumé

Le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (REPOP) d'île de France, nous a ouvert ses portes dans le cadre d'un stage expérimental. Un atelier pour adolescent en surpoids est proposé, alliant les stagiaires en psychomotricité, la psychologue et la diététicienne. Après l'élaboration d'un projet et la passation des bilans auprès des patients, nous souhaitons nous intéresser aux représentations corporelles des adolescents en surpoids. Nous traiterons ici l'apport de la conscience corporelle et de la relaxation dans la construction de l'image du corps chez ces adolescents. L'observation clinique durant les séances de psychomotricité m'a permis de comprendre comment chacun des adolescents habite son corps et les diverses représentations qu'il en a en lien avec la problématique de surcharge pondérale.

Mots-clés : Psychomotricité – Conscience corporelle – Relaxation – Obésité pédiatrique – Image du corps – Adolescence

Abstract

The prevention and care network for pediatric obesity of Ile de France, opened its doors as part of an experimental traineeship. An overweight teen workshop is proposed, combining the trainees in psychomotricity, the psychologist and the dietician. After the elaboration of a project and the assessment of patients, we want to focus on body representations of overweight adolescents. Here we will discuss the contribution of body awareness and relaxation in the construction of body image in these adolescents. The clinical observation during the psychomotor sessions allowed me to understand how each teenager lives in his body and the various representations he has related to the problem of overweight.

Key words : Psychomotricity - Body awareness - Relaxation - Pediatric Obesity - Body Image - Adolescence