



HAL
open science

Les espaces relationnels en mouvement : réflexion sur les leviers thérapeutiques en psychomotricité auprès de l'adolescent hospitalisé en séjour court pour anorexie mentale

Siham Belouadheh

► To cite this version:

Siham Belouadheh. Les espaces relationnels en mouvement : réflexion sur les leviers thérapeutiques en psychomotricité auprès de l'adolescent hospitalisé en séjour court pour anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02932390

HAL Id: dumas-02932390

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02932390>

Submitted on 7 Sep 2020

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

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

Institut de Formation de Psychomotricité
Faculté de Médecine de Sorbonne Université
91 Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS



Les espaces relationnels en mouvement

Réflexion sur les leviers thérapeutiques en psychomotricité
auprès de l'adolescent hospitalisé en séjour court pour anorexie mentale

Mémoire présenté pour le Diplôme d'État de Psychomotricien
Session Juin 2020

Référente de mémoire
Claire MUSITELLI

Nom de l'étudiante
Siham BELOUADHEH

REMERCIEMENTS

A tous mes proches qui m'ont accompagné pendant ces quatre années de reconversion professionnelle,

A tous les patients, des plus jeunes aux plus âgés, qui ont accepté ma présence, qui m'ont fait confiance, avec lesquels nous avons partagés des chorées, des mondes imaginaires, des moments de détente, des rires, des blagues, de la colère parfois, des larmes aussi,

A toutes les passeuses de savoir en psychomotricité, Soraya, Bérénice, Anaïs, Lili, Joëlle, Alexandra, qui m'ont formé en stage et qui ont marqué la construction de mon identité professionnelle,

A Joanne, pour sa pédagogie inégalée, sa créativité à toute épreuve, sa confiance et nos discussions inspirantes depuis le premier jour de notre rencontre jusqu'aux jeudis du confinement, qui m'ont permis de mobiliser des ressources phénoménales en cette période douloureuse,

A ma référente de mémoire, Claire, pour ses conseils précieux, ses formations éclairantes et sa confiance,

A mes amies, Marianne et Laura, respectivement kinésithérapeute et éducatrice spécialisée, qui m'ont montré la voie ; à Lore pour ses relectures, sa motivation et nos kilomètres de jogging et de vélo dévalés pendant ces trois années,

A Martin, mon repère, mon allié, pour son soutien au quotidien depuis nos premières études il y a 14 années déjà.

« Beaucoup des activités qui se déploient dans le cocon de la maison impliquent le repli sur un microcosme, l'évasion dans l'imaginaire ou la dérive insouciante. Elle implique de renouer avec une identité secrète, différente, de s'en remettre à ses ressources propres, de se laisser porter. On se trouve alors dans un état aux antipodes du dynamisme, de l'efficacité, de l'affairement frénétique que la société valorise par-dessus tout. »

Chez soi. Une odysée de l'espace domestique.
Mona Chollet

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : ANCRAGE DE L'OBSERVATION CLINIQUE	9
I. Un espace-temps dédié aux problématiques adolescentes	9
I.1. Fondations pluridisciplinaires du cadre institutionnel	9
I.2. Piliers humains	10
I.3. Population accueillie	11
II. Un espace-temps dédié à l'anorexie mentale sévère	11
II.1. Spécificités des soins en hospitalisation	11
II.2. Modalités d'admission pour « sauvetage nutritionnel »	13
II.3. Objectifs thérapeutiques	15
II.4. Matérialisation de l'alliance thérapeutique	16
II.4.1. Le consentement et la gestion de la séparation	16
II.4.2. Le contrat de soin	17
II.4.3. L'accompagnement lors des repas	17
III. Du corps à l'espace : le temps de la psychomotricité	18
III.1. Présence et représentations	18
III.2. Indication et prescription en hospitalisation	19
III.3. La rencontre, un temps structuré	20
III.3.1. Le cadre de prise en charge des adolescents anorexiques sévères	20
III.3.2. Édification des bases de la relation thérapeutique	21
IV. Les temps de l'observation clinique	23
IV.1. Présentation de Sandra	23
IV.2. Contexte de la demande de soin	23
IV.3. Anamnèse psychomotrice et antécédents médico-légaux	24
IV.4. Atterrissage dans le service : premières observations cliniques	25
IV.5. Présentation des observations cliniques	26
IV.5.1. Première rencontre avec Sandra	26
IV.5.2. Évaluation psychomotrice	27
IV.5.3. Mise en forme du bilan psychomoteur	28
IV.6. Évolution de Sandra dans le processus thérapeutique	30
IV.6.1. Appropriation de l'espace de soin	30
IV.6.2. Répéter, ressentir, repousser	31
IV.6.3. Séance intégrative : vers une conscience de la tridimensionnalité	33
IV.6.4. Redevenir une adolescente « normale »	34

PARTIE 2 : TEMPORALITE EN SUSPENSION, CORPS EN TRANSITION **35**

I. La traversée de l'adolescence : un processus développemental	35
I.1. Crise pubertaire	35
I.2. Remaniement identitaire	37
I.3. Conscience de soi	38
II. Arrêt du processus par l'anorexie mentale	40
II.1. Définition de l'anorexie mentale	40
II.2. Rupture de l'homéostasie et contrôle du corps	41
II.3. Remaniement de la vie psychique et entraves cognitives	42
II.4. Déséquilibres relationnels	44
II.5. Conscience de soi et représentations corporelles perturbées	46
III. Recherche de perspectives : hypothèses théorico-cliniques	47
III.1. Déficit de régulation tonique	47
III.1.1. Définition du tonus	47
III.1.2. Physiologie de la régulation tonique	48
III.1.3. La notion de polarité tonique	50
III.2. Déficit d'intégration du schéma corporel	52
III.2.1. Définition du schéma corporel	52
III.2.2. Unité corporelle et articulation anatomique	53
III.2.3. Diversité des formes corporelles et expressivité	54
III.3. Proposition d'axes thérapeutiques	56

PARTIE 3 : ACCORDAGE RELATIONNEL, REBOND PSYCHOCORPOREL **58**

I. Juste présence à soi, juste distance à l'autre	58
I.1. De l'espace externe	58
I.2. A l'espace interne	60
I.3. Des aller-retours pour habiter son corps	61
II. Nourrissage sensoriel de l'unité corporelle	62
II.1. Stimulation des sens proprioceptif et kinesthésique	62
II.2. Réinscription du schéma corporel	63
II.3. Limites à l'intégration du schéma corporel	65
III. Prémices d'une reconnexion aux affects	66
III.1. Passage par la matière structurante du corps	66
III.2. Nuance tonique et relance psychomotrice	67
III.3. S'affirmer dans la relation	69

CONCLUSION **71****BIBLIOGRAPHIE** **73****ANNEXES** **I****GLOSSAIRE** **III**

INTRODUCTION

En psychiatrie de l'adolescent, l'hospitalisation se présente comme une solution de l'extrême. Elle advient quand les tentatives de soins en ambulatoire sont insatisfaisantes ou quand le risque vital est engagé. L'hospitalisation est à la jonction du temps et de l'espace : elle marque une pause avec les exigences extérieures, permet de recréer une stabilité physique et offre un cadre solide pour s'autoriser à penser et à se construire. L'objectif thérapeutique principal est de faire rencontrer les regards cliniques afin de penser le patient dans sa réalité et sa complexité bio-psycho-sociale. Le temps du soin apporte aussi des fondations solides à partir desquelles peuvent se bâtir des perspectives au-delà du cadre hospitalier.

Dans le cas de l'anorexie mentale, les repères du temps et de l'espace sont entravés par la restriction alimentaire. L'adolescent anorexique semble chercher à prendre contrôle du temps qui se dérobe à lui. Il ne mange plus, il ne grandit plus, il pense alors avec un corps dont la temporalité est suspendue. De l'extérieur, le temps semble s'être figé. De l'intérieur, il s'accélère au rythme effréné des attaques somatiques. Le corps est au cœur de la problématique anorexique reflétant ainsi la complexité du processus adolescent, qui implique l'intégration de transformations psychocorporelles tumultueuses. La restriction alimentaire jugulerait pour un temps ce processus développemental douloureux.

Les conséquences sévères de l'anorexie mentale sur le développement nécessitent à l'adolescence une prise en charge associant les disciplines somatique et psychiatrique. L'urgence face à ces corps dévitalisés nécessite, au-delà de la renutrition, de la matière à penser. Ce constat s'observe dans la prise en charge de l'anorexie mentale sévère en hospitalisation courte au cours de laquelle la renutrition, les soins psychiques et les ateliers culturels permettent d'écarter le risque vital. Dans ce cadre institutionnel multidisciplinaire, la psychomotricité se révèle être un point de jonction entre les soins en soutenant le travail d'intégration des modifications corporelles. Ainsi, à l'occasion de notre rencontre avec Sandra admise pour un sauvetage nutritionnel de six semaines, le travail en psychomotricité a pu être questionné. *Par quels moyens en thérapie psychomotrice peut-on soutenir chez l'adolescent anorexique l'intégration des transformations corporelles liées à la renutrition ?*

Comment le soin en psychomotricité permet-il de réinscrire le patient dans une dynamique développementale ?

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à cette problématique en proposant une réflexion en trois temps. Dans une première partie, nous présenterons l'ancrage de l'observation clinique. Une lecture spatio-temporelle du cadre de l'institution sera proposée, suivie des observations cliniques de Sandra. Dans une seconde partie, nous nous appuierons sur un modèle développemental d'analyse des enjeux liés à l'adolescence desquels Sandra s'est extraite. Nous mettrons en lumière comment l'anorexie mentale entrave ce processus de manière générale et particulièrement chez Sandra, et à partir de quelles hypothèses théorico-cliniques élaborer un projet thérapeutique court. Dans une troisième partie, nous discuterons les leviers thérapeutiques développés en psychomotricité pour soutenir le processus d'intégration des vécus corporels liés à la renutrition.

PARTIE 1 : ANCRAGE DE L'OBSERVATION CLINIQUE

Dans cette partie, nous prendrons le temps d'exposer les modalités de l'hospitalisation proposées par l'institution dont la culture du soin est marquée par une forte pluridisciplinarité. Les spécificités de l'hospitalisation offertes dans le cas d'anorexie mentale sévère seront étudiées afin de pouvoir présenter le cadre de la rencontre et de la prise en charge en psychomotricité de Sandra. Adolescente de 15 ans, elle présente une anorexie mentale sévère. Suite à une rechute, elle est admise dans le service pour un sauvetage nutritionnel d'une durée fixe de six semaines.

I. Un espace-temps dédié aux problématiques adolescentes

I.1. Fondations pluridisciplinaires du cadre institutionnel

L'institution est spécialisée dans l'accueil et le soin destinés aux adolescents. Sa mission est d'offrir un espace d'échanges, d'informations et de soins à cette population dont les risques, notamment en santé mentale, sont considérables¹. Rattachée à l'hôpital public, elle assure des missions de prévention et de soin dédié aux problématiques pédopsychiatriques, pédiatriques et transculturelles. L'offre de soin s'organise sur trois services aux modalités de prise en charge spécifiques :

- La consultation assure la continuité et le suivi du projet de soins des patients en ambulatoire.
- L'hôpital de jour (HDJ) propose une offre de soins en journée par le biais d'ateliers principalement en groupe.
- L'hospitalisation accueille les adolescents en phase critique ou aiguë en vue d'évaluer et d'objectiver des troubles psychiatriques, de proposer un projet de soin personnalisé ou d'adapter des thérapeutiques dans le cas d'une maladie chronique. Les séjours durent de plusieurs semaines à plusieurs mois et s'organisent à temps plein ou à temps partiel.

¹ En termes de santé mentale, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (https://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/), le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-19 ans et la dépression est la troisième cause d'incapacité.

A l'entrée de l'établissement, le pôle de prévention domine l'ensemble de la surface. Des brochures informatives et des points d'accueil rendez-vous avec les spécialistes sont à disposition. L'espace est immense, lumineux et vivant. Des œuvres d'art réalisées par des adolescents ornent les murs, des familles s'entretiennent autour de la cafétéria. On y croise également médecins et soignants qui partagent un café. Enveloppé par un fond sonore de musiques actuelles, la première rencontre avec cet espace de soin est aux antipodes des représentations médicales. Cette impression résonne inéluctablement avec la dimension pluridisciplinaire de l'institution qui couvre les besoins de prévention et de soins des adolescents. A travers son agencement, l'établissement porte le message que l'adolescence ne doit pas être systématiquement synonyme de souffrance, mais qu'il s'agit d'un processus qui peut être soutenu à différentes étapes avec des équipes diversifiées.

La culture institutionnelle s'inscrit aussi dans l'habitus du personnel médical et paramédical, qui travaille en civil et emploie le tutoiement à tous les niveaux d'interaction. L'objectif est de soutenir la relation thérapeutique au sein d'un espace où chacun, dans sa diversité, peut se sentir à l'écoute des professionnels.

A ce premier niveau d'analyse, la posture institutionnelle s'évertue à valoriser l'adolescence comme une transition vers l'âge adulte, qui lorsqu'elle est entravée, peut être soutenue par la qualité de la relation avec l'adulte.

I.2. Piliers humains

L'institution a pour volonté de faire rencontrer dans un même espace des équipes issues de diverses disciplines scientifiques afin de résoudre des problématiques adolescentes multiples et complexes.

Les trois services présentés ci-dessus sont dirigés par une équipe de trois praticiens hospitaliers, chacun spécialisé en pédiatrie somatique, en psychopathologie ou en endocrinologie de l'adolescent. L'endocrinologue est responsable des admissions et du suivi des patients présentant un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA).

Une équipe composée de médecins somaticiens et psychiatres, d'internes et d'externes en médecine pédiatrique et psychiatrique, d'infirmiers et d'aide soignants accompagne les praticiens hospitaliers sur chaque service.

Les équipes médicales et leurs fonctionnements sont indépendants et suivent les modalités de prise en charge privilégiées par le service. Quelques équipes transversales, représentées par la psychomotricienne, les enseignants de l'Education Nationale et les éducateurs spécialisés, collaborent sur plusieurs services. Ils assurent ainsi une continuité relationnelle et de soin des patients nécessitant une prise en charge sur le long terme.

I.3. Population accueillie

Les adolescents accueillis sont âgés de 11 à 19 ans. Les indications de soins principales sont :

- **Pédiatrique** : dans le cadre d'une maladie chronique (diabète, asthme, épilepsie, maladie rare) et/ou des comorbidités et risques liés à celle-ci (obésité, non observance des traitements, dépression, comportements à risque).
- **Psychopathologique** : pour une évaluation psychiatrique dans le cadre d'un épisode dépressif, d'une tentative de suicide, d'addictions, d'une rupture familiale ou d'un refus scolaire.
- **Alimentaire** : dans le cadre d'un TCA de type boulimie ou anorexie mentale.

La diversité des indications souligne une culture institutionnelle singulière qui est de penser le couple homogénéité et diversité comme une source d'identification et de resocialisation, nécessaire au processus adolescent. Aussi, l'interdisciplinarité se matérialise dans la prise en charge globale des adolescents puisque tous les niveaux d'intervention – somatique, psychologique et socio-éducatif – sont envisagés pour tous les patients.

II. Un espace-temps dédié à l'anorexie mentale sévère

II.1. Spécificités des soins en hospitalisation

L'hospitalisation de l'adolescent à temps complet a pour objectif principal de créer les conditions dans lesquelles le fonctionnement psychique du patient, son mode de pensée, ses capacités de résilience et ses difficultés puissent advenir et être observés hors des contraintes sociales et familiales. Durant ce temps, un travail pluridisciplinaire, alliant soins somatique et

psychiatrique, s'engage avec l'adolescent en vue de l'accompagner à court-terme vers une poursuite de soin en ambulatoire.

Le service d'hospitalisation dispose de 20 lits répartis de manière paritaire entre les trois types d'indications (pédiatrie, psychopathologie, TCA). Deux lits sont mis à disposition en cas d'urgence individuelle ou familiale. En fonction de l'indication, la durée d'hospitalisation est variable allant de trois semaines pour un bilan obésité à six semaines pour une observation psychiatrique, voire plusieurs mois pour l'accompagnement d'un trouble alimentaire persistant ou d'un désordre psychique sévère.

L'équipe de soin est supervisée par trois praticiens hospitaliers responsables de la pédiatrie, de la pédopsychiatrie et des TCA. Elle se compose de deux médecins somaticiens et psychiatres, six internes, deux externes, de cinq infirmières et aide-soignants, trois éducateurs spécialisés, une psychomotricienne à mi-temps et deux diététicien-nutritionnistes.

Organisation temporelle

L'organisation des soins se structure autour de plusieurs temps clés de la semaine dont les principaux temps de réunions sont :

- Les réunions de transmissions journalières réunissant tous les personnels soignants le matin,
- Une réunion hebdomadaire réunissant un représentant de chaque équipe de soin pour échanger et confronter les observations cliniques autour des nouvelles admissions et de patients en particulier,
- Une réunion hebdomadaire réunissant la cadre de santé, une interne de médecine, les professionnels éducatifs représentant chaque atelier et la psychomotricienne afin d'élargir l'observation clinique aux espaces socio-culturels,
- Les entretiens médicaux individuels réunissant le médecin responsable, l'interne, le patient et sa famille.

Organisation spatiale

L'espace de l'hospitalisation prend la forme d'un L : on entre au niveau de sa base sur un hall spacieux, où un canapé, des fauteuils et un baby-foot invitent à la détente et à l'amusement. Ce premier espace est longé par de grandes baies vitrées, allant du sol au plafond et donnant sur un grand boulevard. On y observe les passants, le marché et les manifestations régulières en cette période de l'année. Ce hall fait office de passage et de lieu de rassemblement lorsque

les parents patientent lors de visites ou quand les tournois bruyants de baby-foot s'organisent. L'ambiance fluctue dans une même journée. Les premières chambres s'alignent le long de cet espace, elles semblent éloignées du reste de la vie du service. La salle de soins, la majorité des chambres et la salle de jeux commune se trouvent au-delà de cet espace, dans la prolongation du L. S'organise alors toute la vie du service dans ce couloir interminable, lui aussi longé de baies vitrées offrant une vue à 180° sur le monde. Parfois, il faut se frayer un passage entre les petits groupes d'adolescents qui se retrouvent devant la salle de soins, soit pour être accompagnés en atelier, soit pour négocier leurs portables ou une pause cigarette. Une atmosphère dynamique se dégage. On pourrait s'imaginer dans une MJC² surtout lorsque tous scrutent le planning de la journée posté sur la porte du poste de soins, dans lequel se mêle les cours, les ateliers en groupe, les groupes de parole et la psychomotricité. Quand un infirmier hausse le ton, lorsqu'un médecin passe dans le couloir ou encore quand les portes se verrouillent après chaque passage vers l'extérieur, le rappel est toutefois immédiat : il s'agit bien d'un lieu de soin fermé pour adolescents en souffrance.

II.2. Modalités d'admission pour « sauvetage nutritionnel »

Depuis cette année, le service d'hospitalisation met à disposition un lit d'urgence pour accueillir un adolescent présentant une anorexie mentale sévère et nécessitant un sauvetage nutritionnel. Ce programme de soin court s'adresse alors spécifiquement aux patients présentant des formes débutantes ou récidivantes d'anorexie mentale, ne relevant toutefois pas d'un service de réanimation.

L'indication peut se faire dans le cadre d'un relais hospitalier suite à une précédente hospitalisation infructueuse dans un service pédiatrique ou de psychiatrie adulte, ou suite à une prise en charge en ambulatoire qui arrive à ses limites en termes de contenance et d'accompagnement. Les patients indiqués présentent des conditions physiologiques correspondantes à une prise en charge en urgence somatique, associées à la présence de troubles psychiatriques sévères (déli massif, opposition, fugue, scarifications, idées suicidaires, tentative de suicide), empêchant la mise en place de soins somatiques.

² Maison des Jeunes et de la Culture

Les critères de l'hospitalisation de l'adolescent anorexique, recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS), mettent en évidence une triade de signes :

- **somatiques**

- Indice de Masse Corporelle* (IMC) < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans.
- Ralentissement idéique et verbal, confusion.
- Syndrome occlusif*.
- Bradycardies* extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée.
- Tachycardie*.
- Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg).
- PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique* mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg.
- Hypothermie < 35,5 °C ou hyperthermie.

- **anamnestiques**

- Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine.
- Refus de manger : aphasie totale, refus de boire.
- Lipothymies* ou malaises d'allure orthostatique.
- Fatigabilité, voire épuisement évoqué par le patient.

- **psychiatriques**

- Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes.
- Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique*, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire.
- Activité physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)
- Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purges intenses.

Le séjour hospitalier est conditionné par une rencontre en préadmission, rassemblant l'endocrinologue, responsable de la prise en charge des TCA, les parents et l'adolescent. L'objectif est d'asseoir les bases de la relation thérapeutique, de rechercher le consentement et d'aménager les soins en fonction des antécédents médicaux du patient. On parle d'alliance thérapeutique pour définir le partenariat spécifique au temps du soin et à partir duquel

l'observation clinique résulte d'une analyse empathique de la relation soignant/soigné (Bioy et al., 2012). Concept théorisé dans le champ de la psychanalyse, il est largement employé dans le domaine de la psychiatrie pour signifier l'importance d'une relation de confiance, symétrique, sur laquelle peut advenir l'engagement du patient dans son parcours de soin et *in fine* réduire le risque de rechute.

II.3. Objectifs thérapeutiques

Le principal objectif de soin est la reprise alimentaire et pondérale. Différentes méthodes de renutrition sont instaurées en fonction de l'IMC et du stade de dénutrition:

- L'alimentation orale, nécessaire à la préservation des stimulations sensorielles et réflexes de la sphère oro-gustative.
- L'alimentation entérale : les apports caloriques sont apportés en journée et/ou la nuit par le biais d'une sonde naso-gastrique.
- L'alimentation parentérale : le mélange nutritif est introduit dans la circulation sanguine, par voie intraveineuse, dans les très rares cas où les deux premières méthodes sont impossibles à mettre en place (Tric et al., 2004).

Les apports journaliers sont calculés sur une base calorique variable en fonction de l'âge et des recommandations liées à la période de l'adolescence. Ils sont fragmentés en fonction des méthodes utilisées et complétés en nutriments et vitamines³ afin d'éviter un syndrome de renutrition inappropriée*. Il s'agit de complications liées à la réintroduction d'apports glucidiques qui brutalement augmente l'insulinémie et entraîne d'importantes modifications intracellulaires. Celles-ci peuvent se localiser au niveau neurologique, cardiovasculaire, musculaire, hépatique, hématologique et respiratoire, et conduire à une défaillance viscérale. Le suivi somatique d'un sauvetage nutritionnel est primordial car il engage le risque vital.

Dans le cadre de notre clinique, l'alimentation est d'emblée mixte par voie orale et par voie entérale. La sonde naso-gastrique est posée après quelques jours d'observation. Ce temps

³ Les compléments principaux sont le phosphore, le potassium, l'acide folique, la vitamine B1 et le sodium. Lorsque le taux d'insuline dans le sang augmente brutalement suite à la réintroduction de glucides, cela peut entraîner une déperdition rapide de ces nutriments au niveau intracellulaire et des complications somatiques graves (Tric et al., 2004).

permet d'analyser l'autonomie alimentaire du patient au regard des objectifs caloriques à atteindre.

Par le rééquilibrage nutritionnel et pondéral, il s'agit aussi de relancer les processus endocriniens liés à la croissance et d'endiguer les troubles psychiatriques en lien avec la dénutrition tels que le déni de la maigreur, les idées obsédantes et les représentations corporelles sub-délirantes (Combe et al., 2009). Outre la reprise pondérale et l'accompagnement nutritionnel, la particularité du sauvetage nutritionnel réside dans une prise en charge globale dont les objectifs thérapeutiques sont :

- Le soulagement des symptômes psychiatriques par le biais de thérapeutiques médicamenteuses. Anxiolytique, antidépresseur ou neuroleptique sont préconisés dans le cas de dysmorphophobie* sévère, d'hyperactivité excessive, de traits de personnalité marqués par une importante rigidité.
- La prise de conscience du vécu corporel et la mise en sens du processus thérapeutique par le biais de la psychomotricité.
- L'intégration dans un parcours de resocialisation par le biais des ateliers culturels (musique, arts plastiques, radio, sport, socio-esthétique, écriture) et de l'école à l'hôpital, si possible.
- L'analyse des répercussions systémiques et le soutien dans les interactions intrafamiliales par le biais d'entretiens médicaux réguliers.

II.4. Matérialisation de l'alliance thérapeutique

II.4.1. Le consentement et la gestion de la séparation

L'entrée en séjour d'hospitalisation doit être consentie par le patient et l'autorité parentale comme stipulée par la Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé du 13 mai 1986. Elle se fait sans séparation, c'est-à-dire que les visites des familles sont libres et ne font pas l'objet de négociation face à la reprise pondérale. La séparation forcée pourrait mettre à mal le processus thérapeutique et l'autonomisation du sujet (Benoit & Moro, 2009).

En entretien de préadmission, la date d'entrée est discutée en amont par le patient, sa famille et l'endocrinologue, dans la mesure des lits disponibles. Ce temps permet de préparer la séparation dans des conditions optimales.

Dans le cadre d'une hospitalisation régulière pour un TCA, le temps est une variable souple au service de l'adaptation du patient. Les conditions de sortie dépendent du maintien du poids

cible pendant deux semaines d'affilée. Le cadre temporel du sauvetage nutritionnel est néanmoins plus strict, il est fixé ici à six semaines. Il s'assouplit au niveau du poids cible qui n'engage pas le terme de l'hospitalisation.

II.4.2. Le contrat de soin

« Comme vous voyez le docteur cet après-midi, dites-lui que je ne signerai jamais son contrat de poids, je ne suis pas son objet d'étude ! », nous avait missionné une jeune patiente, qui avait fugué de multiples fois des précédents établissements de santé.

Le contrat thérapeutique édite les engagements des deux parties au regard du poids de sortie, des modalités d'alimentation, des soins, de la durée d'hospitalisation et des souhaits propres aux patients. « *C'est un trajet, un processus de travail, la marque d'un désir de travailler en commun* » (Corcos, 2005, p.173). La jeune patiente avait finalement signé le contrat thérapeutique, communément appelé « contrat de poids », après deux semaines nécessaires à son adaptation et à la mise en place de l'alliance thérapeutique.

Pour les profanes, ce contrat peut être considéré comme une fin en soi. Or, il offre un espace de négociation, de discussion et potentiellement de manipulation pendant l'hospitalisation. Le contrat de soin est pensé comme un espace transitionnel, jouant le rôle de tiers différenciateur, qui peut être mis à l'épreuve par l'agressivité du patient. Les termes du contrat de soin sont ré-évaluables si les objectifs ne sont pas atteints.

M. Corcos souligne ainsi qu'en situation de séparation du milieu familial, le contrat de soin recrée un espace psychique et physique personnel dans le cadre de l'hospitalisation, où les relations et les activités peuvent être réinvesties pleinement au détriment des conduites anorectiques. Chez ces adolescents, la séparation et le temps des repas sont deux facteurs de conflictualité.

II.4.3. L'accompagnement lors des repas

L'alimentation orale est source d'anxiété massive. A l'image de l'hospitalisation, le réapprentissage de l'alimentation est un processus progressif qui exige une extrême patience et qui passe par un aménagement des repas.

Les repas peuvent être pris en chambre quand le regard des autres adolescents s'avère déstabilisant. Autrement, une salle thérapeutique spécifique, décorée d'œuvres d'art réalisées

par les patients, est dédiée aux patients TCA. Les conduites les plus sévères telles que le mérycisme*, la lenteur extrême, le triage compulsif sont accompagnées par une infirmière et un diététicien. Ce temps privilégié permet de recréer dans la relation une fonction de maternage défailante. Conceptualisé par D.W. Winnicott, il s'agit de retrouver dans les soins de base ou « handling » – ici le nourrissage – une expérience où les relations entre le corps et la psyché prennent sens (Lefèvre, 2011).

Des repas thérapeutiques ont lieu une fois par semaine. Les diététiciens les organisent de façon à redécouvrir la diversification alimentaire, le plaisir de cuisiner et de partager un repas complet, soit en petit groupe de trois ou quatre patients anorexiques, soit en famille. Ce temps en famille s'envisage au plus près de la sortie. Il est pensé dans une approche systémique : après avoir partagé le repas, les interactions sont discutées par la suite en entretien familial.

III. Du corps à l'espace : le temps de la psychomotricité

III.1. Présence et représentations

Une psychomotricienne assure les soins depuis six ans dans l'établissement. Son temps de travail est partagé équitablement entre l'HDJ et l'hospitalisation. En revanche, aucune prise en charge en psychomotricité n'est proposée au service de consultation. De manière hebdomadaire, environ 20 patients hospitalisés et 30 patients à l'HDJ suivent un parcours de soins en psychomotricité.

Les modalités de prise en charge sont uniquement individuelles en hospitalisation. A l'HDJ, elles sont principalement en groupe et en co-thérapie avec les infirmiers.

Parmi l'équipe de soin en hospitalisation, la psychomotricité est décrite comme « une pratique corporelle », la différenciant ainsi des prises en charge psychologiques ou des ateliers culturels.

La place de la psychomotricité articule les échanges entre les corps de métier et les espaces thérapeutiques, identifiable à plusieurs niveaux :

- Lors de la réunion hebdomadaire des ateliers culturels, elle est la seule représentante des soins paramédicaux.

- Lors des transferts des patients entre l'hospitalisation et l'HDJ, elle peut valoriser une continuité de soin pour le patient et une fonction de communication entre les services.
- Lors d'échanges informels, elle est souvent consultée pour son expertise psychocorporelle et ses observations concernant les patients en relais entre les services.
- Lors de demandes ponctuelles formulées par les médecins, son avis consultatif vise à enrichir les projets de soin. Le bilan d'observation psychomotrice complète les hypothèses médicales.

III.2. Indication et prescription en hospitalisation

De manière générale, l'indication en psychomotricité a lieu lors des réunions cliniques hebdomadaires, qui réunissent praticiens hospitaliers, médecins, internes, soignants du paramédical, éducateurs spécialisés et personnels administratifs (cadre de santé, assistante sociale). Ce temps de réunion a pour objectifs de présenter les patients entrants et d'évaluer la prise en charge des patients hospitalisés.

La prescription est émise par les pédopsychiatres pour les patients présentant des traits d'anxiété, de dépression et des troubles du comportement, et pour les patients souffrant de troubles alimentaires. Les pédiatres prescrivent le soin en psychomotricité dans le cadre d'un bilan obésité ou d'une maladie chronique, si les patients présentent des comorbidités psychiatriques. La prescription concerne principalement :

- L'évaluation psychomotrice.
- La thérapie psychomotrice en vue de soutenir la verbalisation des vécus corporels.
- L'éducation et la stimulation psychomotrice en vue de soutenir l'intégration du schéma corporel, la construction de l'image de soi et l'estime de soi.
- L'apaisement des souffrances psychiques à manifestations corporelles.

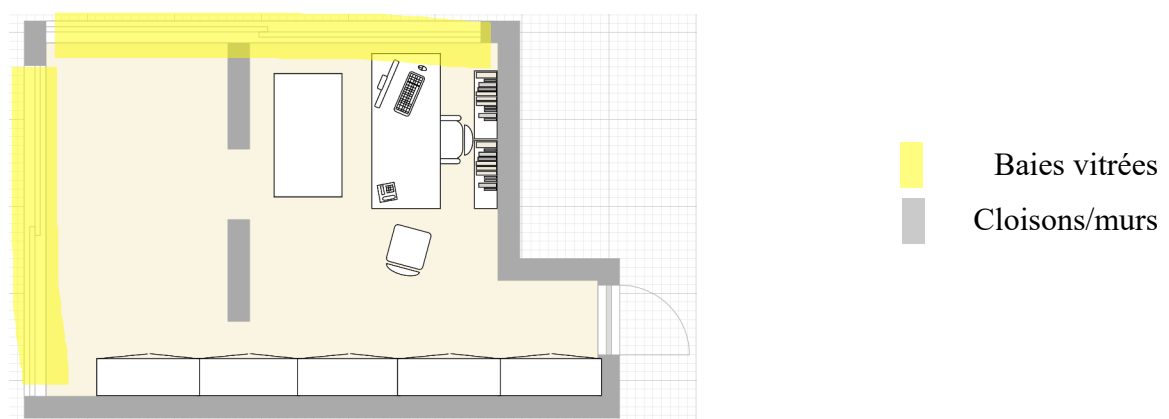
Dans le cadre de la prise en charge des patients anorexiques sévères, les prescriptions sont émises par l'endocrinologue. Compte tenu d'un ratio défavorable entre le temps de travail en hospitalisation de la psychomotricienne et le nombre de patients admis, la prescription en psychomotricité s'adresse prioritairement aux patients présentant un TCA et ceux nécessitant des soins en phase aiguë. Les patients TCA sont alors surreprésentés dans les prises en charge individuelles. Leur indication concerne plus spécifiquement :

- La diminution de l’anxiété liée à l’alimentation, à la reprise pondérale, aux pensées obsédantes, ainsi qu’à la réduction de l’hyperactivité physique.
- L’accompagnement dans la compréhension du vécu corporel en transition.
- La reconnaissance des émotions et la mise en forme des affects dépressifs.
- Le réinvestissement d’un corps expressif.
- La valorisation des potentialités créatives, de l’estime de soi et de la confiance en soi.

III.3. La rencontre, un temps structuré

III.3.1. Le cadre de prise en charge des adolescents anorexiques sévères

La prise en charge en psychomotricité se déroule exclusivement en séance individuelle à raison d’une à deux séances par semaine. Si les conditions physiologiques du patient contre-indiquent les déplacements – ostéoporose avancée, troubles métaboliques sévères pouvant entraîner un arrêt cardiaque, hypotension orthostatique – les séances ont lieu en chambre. Hormis ces contre-indications, les séances se déroulent dans une salle partagée. Lumineuse, elle accueille dans ses murs blancs ponctués de tableaux réalisés par les adolescents, un grand bureau, une table de réunion et un espace libre d’une quinzaine de mètres carrés. L’espace rectangulaire borde l’angle extérieur du bâtiment. Deux grandes baies vitrées perpendiculaires offrent une perspective majestueuse sur la rue, le lycée de quartier et l’horizon. Elles permettent de pouvoir espionner le monde extérieur sans être vu en retour. Cette organisation architecturale pourrait susciter des ressentis paradoxaux. Elle peut refléter une transparence et un manque de limite, d’intimité ou un sentiment de vertige, de perte d’appuis ; ou simplement inviter le regard à se laisser vagabonder vers l’extérieur et se déconnecter. Il est nécessaire de jouer avec le niveau des stores pour recréer des frontières entre le dehors et le dedans et contenir la projection du regard.



III.3.2. Édification des bases de la relation thérapeutique

L'entretien psychomoteur

Ce premier temps de soin débute par un entretien qui permet la rencontre et l'amorçage de l'alliance thérapeutique. L'objectif principal est de comprendre comment l'adolescent entre en interaction et s'installe dans la relation. Il s'agit « *d'un espace-temps pour parler de son corps dans ses différentes dimensions et non de manière morcelée, prise dans la question du sexuel émergeant de manière trop excitante ou dans le registre de l'agir* » (Paumel, 2012, p.19). Ce temps permet d'aborder :

- **Les représentations sur la psychomotricité** : a priori, projections, rumeurs, idéalisation... A partir des connaissances du patient, le travail en psychomotricité est explicité.
- **Le niveau d'élaboration autour de l'anorexie mentale** : comment le motif d'hospitalisation est-il relaté ? Quel champ lexical est utilisé ?
- **La compréhension et l'investissement dans le projet de soin** en hospitalisation.
- **La construction du vécu corporel** : les activités sportives et/ou culturelles, la place de l'esthétique.
- **Les représentations corporelles** : quelles sensations prédominent dans le corps (solide, dur, mou, faible, douloureux...) ? Quelles zones du corps sont appréciées/dépréciées ? Quel regard est porté sur le corps ?
- **La place dans la famille et les groupes de pairs** : quelle est la qualité des liens avec les parents, frères et sœurs ? Comment la séparation est-elle vécue ?
- **Les capacités à se projeter** dans un futur relatif : études, métiers, voyages, passions.

L'évaluation psychomotrice

La phase d'évaluation psychomotrice à proprement dite a pour objectif de dresser les potentialités et les difficultés de l'adolescent dans les divers champs psychomoteurs. Compte tenu de la vulnérabilité physique des patients anorexiques sévères, les épreuves ne sont pas cotées ; elles servent néanmoins d'outils pour objectiver l'observation et médiatiser la rencontre en cours de construction (Potel, 2015).

Les différentes modalités d'épreuves – statique/dynamique, assis/debout, graphique/imaginaire – visent à soutenir l'élaboration du vécu corporel. Elles renseignent sur

les médiations à investir pour mettre en avant le potentiel de l'adolescent et renforcer sa confiance dans la relation en construction.

Les sphères de l'évaluation psychomotrice peuvent être présentées dans ce tableau⁴.

Sphères d'évaluation psychomotrice	Champs psychomoteurs	Epreuves
Corps ressenti	Schéma corporel	– Tests des somatognosies de J. Bergès – Imitation de postures inspirées des chaînes musculaires de G. Denys-Struyf
	Perception corporelle	– Nommer les perceptions du corps ressenties en stations assise puis debout
	Capacités perceptivo-motrices	– Épreuve de reproduction posturale d'O. Gaucher-Hamoudi
Corps éprouvé	Vécu corporel	– Questionnaire sur les représentations corporelles de O. Moyano
	Image du corps	– Dessin d'une personne (adaptation du Dessin du bonhomme de F. Goodenough) – Exercice de la ficelle : corps réel/corps imaginaire (évaluation dysmorphophobie) – Remplissage créatif de la silhouette
Corps en mouvement	Motricité spontanée	– Observation de la marche, transferts et organisation posturale
	Coordinations dynamiques générales et équilibres	– 5 actions de Laban : marche, arrêt, saut, tour sur soi-même, geste – Équilibres bipodal et unipodal, yeux ouverts et fermés
	Contrôle tonico-moteur	– Échange de balles
	Motricité fine et faciale	– Mouvements du visage adaptés de l'épreuve de motricité faciale de LW. Kwint – Motricité fine : pianotage/dépianotage, observations pendant les épreuves graphiques
Investissement corporel	Tonus	– Épreuves des bras tendus – Épreuves de ballant et d'extensibilité – Mobilisations passives – Test à la poussée
	Adaptation spatiale	– Test d'adaptation à l'espace et d'orientation spatiale de M. Vyl
	Adaptation temporelle	– Test d'adaptation au rythme de G. Soubiran – Épreuve de rythme de M. Stambak
	Expressivité corporelle	– Mimer les émotions de base : joie, peur, surprise, colère, tristesse, dégoût.
Élaboration cognitive	Praxies	– Évaluation de la motricité gnosopraxique distale de L. Vaivre-Douret
	Fonctions exécutives	– Figure complexe de A. Rey – Reconnaissance et copie de formes en 2D et 3D
	Repérage spatio-temporel	– Narration de quatre activités quotidiennes – Vécu affectif de l'espace

Tout au long des épreuves, une relation s'élabore pour que l'adolescent puisse par lui-même pointer ses capacités et verbaliser les domaines psychomoteurs dans lesquels il se sent moins

⁴ Élaboré par S. Belouadheh.

à l'aise. « [Le bilan] *permet de retrouver une historicité et de relier les différents aspects de lui-même, de restaurer un sentiment de continuité dans le temps et d'intégrité dans l'espace* » (Paumel, 2012, p.21).

Le temps de restitution s'avère un temps précieux car il permet de mettre en forme le corps à partir de différents états : ressenti, représenté, vécu, imaginaire, physique, anatomique. Le psychomotricien croise ces niveaux en resituant ses observations et hypothèses dans l'espace-temps spécifique à cette rencontre. Cette analyse permet de faire figurer dans l'instant de l'hospitalisation une représentation de l'adolescent, qui va ancrer le point de départ du processus thérapeutique.

IV. Les temps de l'observation clinique

IV.1. Présentation de Sandra

Sandra, âgée de 15 ans, est scolarisée en seconde. Elle vit avec ses deux parents et une sœur cadette de 11 ans. Soignée et longiligne, elle esquisse des sourires de convenance à son approche tentant de dissimuler une mine triste. Elle est toujours ponctuelle. Ses cheveux épais sont coiffés et lissés le long du visage. Elle porte un léger maquillage et des habits de type sportswear. Son legging noir lui moule à peine les cuisses et les fesses, ce qui laisse entrevoir une fonte musculaire impressionnante. Son pull à capuche noir lui offre une forme arrondie. Ses baskets immaculées, blanches, surprennent par leur taille : ses pieds paraissent immenses au bout de ses jambes filiformes. A son entrée, elle pèse 34 kg pour 1m64. Contrastant avec sa présentation soignée, elle dégage une légère odeur nauséabonde quand je la suis vers la salle de psychomotricité.

IV.2. Contexte de la demande de soin

Sandra est hospitalisée à temps complet dans le cadre d'une anorexie mentale restrictive évoluant de manière sévère depuis août 2018. Elle est admise dans le cadre d'un « sauvetage nutritionnel » pour une durée fixe de six semaines, faisant suite à une précédente hospitalisation de quatre mois et demi. Entre les deux hospitalisations, Sandra a pu suivre le premier trimestre de seconde au lycée.

Elle est admise en hospitalisation en janvier car son état se détériore et les symptômes se majorent : perte de poids continue, asthénie, hyperactivité physique, labilité émotionnelle, conflits familiaux intenses, banalisation de la maigreur, rituels de pesage des aliments dès le réveil. La prise en charge doit être immédiate compte tenu d'un bilan somatique sévère pour l'âge : retard staturo-pondéral d'un an, ostéoporose avancée, arrêt pubertaire, syndrome de Raynaud*.

Cette nouvelle hospitalisation, croisant soins somatiques et psychiatriques, a pour but l'acceptation de la pose d'une sonde naso-gastrique afin de relancer la prise pondérale et la confiance dans le processus de soin. Cette étape de renutrition rapide est nécessaire pour initier un travail thérapeutique. Un contrat de soin a été discuté en amont stipulant une durée fixe d'hospitalisation, non extensible et non dépendante de la prise pondérale. Le poids cible idéal est fixé à 41 kg. Sandra insiste spécifiquement sur la non-divulgateion de la prise pondérale auprès de ses parents et d'elle-même.

IV.3. Anamnèse psychomotrice et antécédents médico-légaux

Sandra est une jeune fille assidue à l'école qui se satisfait d'excellents résultats scolaires. Elle est décrite par ses parents comme une enfant « facile », qui a suivi un développement psychomoteur sans entrave. Elle pratique la danse classique depuis son plus jeune âge. Sandra relate des cognitions anorexiques dès l'âge de 10 ans, qu'elle met en lien avec la danse. Se jugeant moins « forte » que les autres, elle commence par limiter ses apports caloriques et à augmenter l'activité physique. Après chaque repas, elle fait du sport. Entre la 6^{ème} et la 5^{ème}, elle affirme avoir du mal à accepter ses nouvelles formes prépubères, notamment sa poitrine qui est source de remarques dans la famille. La recrudescence des conduites de restriction alimentaire et d'hyperactivité physique augmentent entre la 5^{ème} et la 4^{ème}.

Sandra a déjà effectué un premier séjour hospitalier de 4 mois et demi dans un service pédiatrique. Un syndrome de renutrition inapproprié touchant le foie a été vécu comme un traumatisme. Depuis, Sandra refuse toute pose de sonde naso-gastrique. Elle s'engage alors à manger plus, ce qui lui permet de sortir de cette première hospitalisation en atteignant son

poids cible. Suite à la rentrée de seconde, elle rechute en perdant 6 kg en quelques semaines. A son entrée dans notre service, son IMC est de 12,6⁵. Son état de dénutrition est sévère.

Sandra semble bien s'entendre avec sa famille, malgré la recrudescence des conflits autour de l'alimentation à propos desquels les parents relatent leur impuissance. Le contexte familial est marqué par une exigence de performance scolaire. « Je suis déçue quand j'ai 18 », dit-elle en entretien médical. Un événement vient rompre cet équilibre déjà fragile : Sandra a subi une agression sexuelle l'été dernier. Une plainte a été déposée quelques semaines précédant l'hospitalisation actuelle. L'événement reste tabou voire récusé par le père.

Du fait de l'anxiété envahissante suscitée par la pose de la sonde naso-gastrique qu'elle refuse, un neuroleptique est mis en place. Il vise aussi à diminuer les cognitions dysmorphophobiques et le déni. Les effets secondaires possibles en début de traitement sont l'asthénie, la sécheresse buccale, les dyskinésies, la constipation, la somnolence. La psychomotricité, les ateliers culturels (arts plastiques, musique, radio, socio-esthétique) et les repas thérapeutiques sont également prescrits dès son entrée.

IV.4. Atterrissage dans le service : premières observations cliniques

En croisant les regards pluridisciplinaires, la première semaine permet d'observer les capacités adaptatives de la patiente, sa compliance aux soins, son ajustement vis-à-vis de la séparation du milieu familial et son intégration à la vie quotidienne avec les autres adolescents. A son arrivée, trois autres patients anorexiques, deux filles et un garçon, sont accueillis parmi les 20 adolescents hospitalisés.

Dans le service, Sandra est décrite comme discrète et triste. Est suspectée une hyperactivité physique à la vue d'ecchymoses au niveau de la colonne thoracique, mais elle n'est jamais prise sur le vif. Sandra éprouve de grandes difficultés à suivre les conditions de son contrat : elle n'arrive pas à s'alimenter, elle ne termine pas ses plateaux repas et elle s'expose au froid en gardant la fenêtre ouverte toute la nuit. Le non-respect du contrat thérapeutique et l'engagement du risque vital contraint le médecin endocrinologue à revoir les conditions d'hospitalisation et impose une sonde naso-gastrique nocturne. Cette annonce tombe comme un couperet juste avant notre premier entretien.

⁵ Compte tenu de son âge et de sa taille, un IMC « normal » se situerait entre 18,5 et 24, ce qui induit un poids entre 50 et 65 kg pour 1m64.

IV.5. Présentation des observations cliniques

IV.5.1. Première rencontre avec Sandra

Lorsque je me présente à la porte de sa chambre, Sandra discute avec son interne. Elle est assise au bord de son lit, recroquevillée, le regard vers le sol. Son interne s'excuse et me demande encore quelques instants. J'attends patiemment dans le couloir.

Quand elles arrivent, la mine de Sandra est chargée de tristesse. Elle me sourit brièvement, me sert la main du bout des doigts et me suit vers la salle de psychomotricité. Elle s'installe les jambes croisées, les mains entre les genoux. Elle se tient le buste droit, marqué par une forte rigidité. La nuque se relâche à peine, donnant une impression d'être aux aguets. Son regard est triste, plongé dans le mien, elle ne me quitte pas des yeux. Les expressions de son visage varient brutalement entre l'inquiétude et la joie en fonction de mes intonations et de mes explications. Je ne suis pas encore informée de la pose de la sonde alimentaire mais je ressens une grande tension. Je l'interroge sur son état du jour. « Normalement ça va, mais aujourd'hui je ressens de l'énervement », me répond-elle d'une voix fluette et douce.

Je commence par interroger ses connaissances sur la psychomotricité. « Je crois que ça peut m'aider à accepter mon corps, on m'a dit que ça faisait vraiment du bien ! ». Je suis surprise par sa perspicacité. Je lui demande avec humour de faire parvenir mes remerciements auprès des adolescents du service pour la si bonne publicité. Elle rit. L'ambiance semble se détendre. A mesure de l'entretien, elle se rassoit légèrement plus au fond de la chaise.

Elle m'explique avec ses mots le motif d'hospitalisation : « C'est pour mon anorexie mentale, je suis là pour six semaines, ça fait déjà une donc, encore 5 semaines ». Comme avec la plupart des adolescents anorexiques rencontrés, je suis stupéfaite par le langage médical excluant tous les autres aspects du soin. Nous passons en revue sa situation familiale et scolaire, ses hobbies et ses antécédents de soins. Je l'interroge sur son sommeil et son alimentation, deux points clés dans la réintégration des rythmes biologique et social. Elle exprime avec facilité les réveils nocturnes et les pensées qui l'envahissent, l'empêchant ainsi de se rendormir. Quant à l'alimentation, elle dit brièvement : « Complicé, mais je ne veux pas la sonde ». Je n'insiste pas afin de la maintenir engagée dans les échanges et d'éviter de renforcer un sentiment d'intrusion.

Lorsque nous abordons les manifestations physiques de l'anxiété, elle identifie à nouveau aisément les situations anxiogènes que sont les repas, la prise de poids, les évaluations

scolaires et les rendez-vous médicaux. « Quand je suis stressée, je me sens ailleurs, comme déconnectée. Je suis prise dans mes pensées et je fixe un point. Je préfère ne pas montrer [mon stress]. Je me cache pour pleurer et je me touche [elle se caresse les mains], je me gratte mais je ne me scarifie pas ». J'essaie d'approfondir son récit autour des sensations corporelles liées à l'anxiété, mais elle ne peut ni les nommer, ni les localiser. Alors je reviens sur la fatigue qu'elle pourrait ressentir du fait des troubles du sommeil : « Quand je suis fatiguée, je suis ko. Je suis anesthésiée, complètement coupée de ce que je ressens ».

Les éprouvés corporels semblent également difficilement nuancables. « Parfois, je me sens bien dans mon corps, parfois je me sens énorme ». Elle dit aimer ses cheveux, dont elle semble prendre soin. Le ventre est la zone la plus difficile à accepter. « Mon dos, il est solide. J'espère ! Il ne peut pas se casser ». « Mes mains sont fragiles. Elles sont sèches et froides ».

Tout au long de ce premier entretien, je pose de nombreuses questions sur son vécu corporel mais j'évite les plus intrusives car son accès au corps semble verrouillé. Afin d'éviter une impression d'interrogatoire, je lui propose de remplir une silhouette⁶, ce qui de s'exprimer autrement à propos de son corps. Je lui propose de mettre des formes, des mots, de colorier, de raturer, que ce soit les zones qu'elle aime ou qu'elle trouve difficile à accepter. A partir de ce travail, elle accède à une verbalisation plus authentique sur le fait qu'elle aime son visage et ses bras, qu'elle remplit respectivement d'étoiles jaunes et de cœur rouges. Elle complète les zones les moins acceptées par des rayures et vagues rouges et marrons : son ventre, ses cuisses et sa poitrine. Elle pointe les mollets et les tibias en disant : « Je sais pas trop ».

Pour terminer ce premier entretien, je lui offre l'occasion de poser les questions de son choix et de partager un ressenti. Le regard paniqué, elle me rétorque : « J'ai peur de comment sera mon corps à la fin de l'hospitalisation. Ça me fait très peur ». L'anxiété face à la « déformation » potentielle de son corps après la renutrition envahit ses pensées.

IV.5.2. Évaluation psychomotrice

A la deuxième séance de bilan, Sandra se présente avec la sonde. Elle pend le long de sa joue jusqu'à son coude, la suivant dans un mouvement assez fluide. Elle semble prise au piège comme un poisson au bout de la ligne. Son regard est triste, sa mine est figée. Elle me

⁶ Cf. infra, Annexe A p. I

lance des sourires dans les moments de silence. « Je suis moins énervée que la semaine dernière, on m'a dit que la sonde c'était pour une semaine ». Sa voix s'est modifiée comme si elle n'avait pas assez de force pour parler. Elle me rappelle une autre patiente qui nuance son timbre de voix comme une petite enfant aux bords des larmes. Ses paupières paraissent lourdes et sa bouche pâteuse. Je dois lui demander de répéter pour comprendre certaines phrases. Je présume les effets secondaires du traitement neuroleptique.

A mesure des mises en situation corporelles, elle regagne en vivacité et en énergie. Elle prend plaisir dans les situations dynamiques alors qu'au cours des tests papier-crayon, une anxiété est palpable, comme au lycée probablement. Au test de Marthe Vyl⁷, je lui demande de commencer par dessiner la pièce avec quelques éléments pour se repérer. Elle semble perdue, tourne la feuille, s'accroche visuellement à des éléments de la pièce. Elle jette un coup de crayon, un deuxième, puis retourne la feuille pour recommencer. Elle est en grande difficulté alors je propose des éléments repères comme la porte, les fenêtres, le bureau et sa position dans la salle. Tous les plans sont confondus, la troisième dimension n'est pas intégrée. Je suis surprise car ce n'est pas la première patiente qui échoue à cette épreuve de représentation spatiale. Les tracés sont imprécis, les murs ne sont pas fermés, la position relative des objets entre eux et les proportions ne sont pas respectées. 3D et 2D s'entremêlent inadéquatement. L'épreuve des trajets est toutefois réussie bien que l'investissement spatial soit limité et peu créatif. A l'épreuve des perceptions corporelles, je suis à nouveau stupéfaite par la pauvreté des descriptions des sensations proprioceptives et tactiles. Assise, elle décrit son dos tendu. Debout, elle mentionne son ventre lourd et gonflé. Le bilan complet n'a pas semblé contraignant mais ces deux épreuves ont particulièrement été éprouvantes.

Sandra termine cette séance en affirmant avoir apprécié les « exercices ». Son regard se noircit à nouveau quand je lui offre l'occasion d'ajouter un dernier mot: « Ça me gêne, la poitrine, le regard des autres, j'ai peur que ça se développe ».

IV.5.3. Mise en forme du bilan psychomoteur

Une synthèse du bilan d'observation psychomotrice de Sandra est proposée afin de mettre en évidence cinq sphères psychomotrices.

⁷ Cf. infra, Annexe B p. II

Corps en mouvement

Sandra possède des capacités motrices satisfaisantes au niveau des coordinations et de la motricité spontanée. Toutefois, sa démarche est caractérisée par une rigidité et une lenteur, ses pas sont relativement petits et ses genoux ont tendance à se verrouiller. La chaîne musculaire postéro-antérieure⁸ étant surinvestie, la qualité de la démarche manque de rebond et d'amplitude. Par conséquent, les transferts posturaux et les passages entre les niveaux de l'espace manquent d'aisance. Quand elle s'accroupit puis se verticalise à nouveau, elle semble prise au piège dans un corps hypertonique.

Investissement corporel

Son adaptation rythmique souligne des capacités d'accordage relationnel et soutient ses capacités expressives. Malgré des difficultés à partager ses émotions, elle est en mesure de les reconnaître et de les imiter, sa motricité faciale est de qualité. Néanmoins, les capacités d'orientation spatiale et de représentation sont précaires. Elle imite les trajets déjà proposés à l'épreuve de Vyl et a tendance à me suivre dans mes déplacements. Corrélé à une hypertonie de fond et à un ancrage postural faible, l'investissement spatial du corps est précaire.

Élaboration cognitive

Les capacités praxiques et d'orientation temporelle sont de qualité, tout comme son niveau attentionnel. Lorsque Sandra est en mouvement, comme sur l'Épreuve de Motricité Gnosopraxique Distale, elle montre de meilleures capacités de repérage et d'orientation spatiale. Dans l'imitation, les repères corporels se réactivent. Ses capacités de raisonnement sont de qualité, ce qui favorise les échanges. Néanmoins, d'elle même, il lui est impossible de mettre en avant ses qualités physiques et intellectuelles. Un manque d'estime de soi est évident.

Corps ressenti

Bien que les somatognosies soient maîtrisées, les sens proprioceptif et kinesthésique sont précaires, laissant supposer une fragilité d'intégration du schéma corporel. Lors de l'imitation de postures, les angles articulaires sont peu marqués, les amplitudes sont erronées. Les descriptions des sensations corporelles, en provenance du sens tactile en position assise

⁸ Cf. infra, Partie 2-III.2.3 Diversité des formes corporelles et expressivité, p. 54

notamment, sont extrêmement pauvres. Une anesthésie globale des sensations internes l'empêche de ressentir la fatigue et la douleur.

Corps éprouvé

Ses sensations semblent toutes converger vers son ventre, qui avec ses cuisses, sont source d'une dysmorphophobie importante. Elle les perçoit deux fois plus grosses qu'en réalité. Elle est grandement rassurée par la comparaison avec leur taille réelle à l'épreuve de la ficelle. Elle éprouve une grande anxiété vis-à-vis de l'expansion de son ventre du fait de la renutrition. Un étayage verbal est nécessaire pour exprimer son vécu corporel, souvent douloureux et clivé. Elle met en avant des difficultés quant à l'acceptation du développement de sa poitrine.

Une prise en charge individuelle en psychomotricité est recommandée à raison d'une heure par semaine.

IV.6. Évolution de Sandra dans le processus thérapeutique

IV.6.1. Appropriation de l'espace de soin

Alors que je vais la chercher pour notre troisième séance, elle joue au babyfoot avec une jeune femme. La sonde pend le long de son nez et virevolte quand elle se déplace. Ses cheveux sont attachés en couette haute. Elle m'accueille avec un sourire de convenance mais son regard semble s'illuminer, comme si je la sauvais de cette partie de babyfoot.

Arrivées dans la salle de psychomotricité, je lui demande comment elle se sent aujourd'hui dans son corps : « Ça va pas du tout, je me sens lourde, on ne m'a toujours pas enlevé cette sonde. ». Elle sent surtout son ventre gonflé et elle craint que le poids se répercute sur sa poitrine. Elle la pointe sans la nommer, ni la regarder. « Je veux partir, reprendre une vie normale ». J'entends qu'il est difficile d'accepter l'hospitalisation et les soins. Malgré une apparence « lisse », une grande souffrance transparaît. Ses pensées sont dirigées principalement vers la sortie. Je lui propose d'essayer de porter son attention sur notre séance et sur la salle de psychomotricité pour tenter de se l'approprier.

Le thème de la séance est l'exploration de l'espace extracorporel. Le dispositif propose un éveil corporel et des déplacements autour du schème centre-périphérie pour explorer nos

espaces personnels. Puis sont proposées des percussions à l'aide de nos poings oscillant entre nous-mêmes, la structure de la salle (murs, sol) et le matériel présent (chaises, tables). Des échanges rythmiques nous permettent d'entrer en relation depuis des espaces choisis, sécurisants.

Pendant la séance, elle est volontaire et attentive à ce que je propose. Elle reproduit mes mouvements dans une imitation troublante. Parfois son attention se fixe sur un détail de la salle, puis elle se re-mobilise dans les déplacements. En utilisant des verbes d'action (aller vers, repousser, arrêter, éloigner, rapprocher), son espace personnel prend forme, il est étendu et à distance du mien. Pendant les percussions, elle frappe sur les murs en béton, mais elle y trouve peu d'écho, ce qui la déstabilise. Elle finit par trouver une chaise métallique, qui fait résonner la rangée des chaises autour. Je choisis de frapper sur le bord de la fenêtre à 2-3m d'elle environ. Nos espaces sont assez éloignés. Elle fait face à la fenêtre, dont le rideau n'est fermé qu'à moitié, son regard part au loin. L'échange de rythme est chaotique au départ, puis les rires, les surprises et les répétitions lui donnent le sourire. Son regard finit par se tourner vers le mien. Nous trouvons un rythme commun pour conclure cette séance.

« Je crois que je me sens bien ici. Je sens que je suis plus détendue au niveau du haut du corps ». Elle verbalise également que c'était difficile de toucher ses cuisses. Je lui demande si elle oserait exprimer ses difficultés pendant la séance. Elle répond non en hochant de la tête. Je l'encourage à s'affirmer en lui expliquant que l'objectif n'est pas de me faire plaisir, mais de l'aider à trouver du plaisir dans l'expérience corporelle. Elle repart avec un grand sourire.

IV.6.2. Répéter, ressentir, repousser

Son visage est lumineux, la sonde a disparu pour notre quatrième séance. « On vient juste de m'enlever ma perf, je suis trop heureuse ! ». Elle dégage une énergie positive. Elle est rassurée que les médecins aient respecté leurs engagements et le protocole malgré la prise de poids encore insuffisante. Elle craint de ne pas pouvoir s'alimenter seule mais elle affirme : « Je veux m'en sortir ». Dans l'instant, j'entends qu'elle veut sortir. Je la félicite de ces cinq semaines de soin. Je lui rappelle les fortes émotions de colère, d'énervement qu'elle ressentait en début d'hospitalisation et qu'elle a pu traverser avec l'aide des soignants. « Je suis plus apaisée aujourd'hui mais je me mets beaucoup la pression pour l'école, va falloir rattraper le retard et je sens que je vais encore en prendre plus seulement avec la moitié des

cours ». Je la sens à nouveau glisser vers des pensées projectives anxiogènes. Je reste à son écoute et je lui propose de revenir à l'émotion positive à son arrivée pour teinter notre séance. Le thème de la séance est de nouveau l'exploration de l'espace extra-corporel à travers un nouveau référentiel, allongé au sol. A partir de ses retours positifs sur les étirements, le dispositif comporte un éveil corporel basé sur des postures de yoga, faisant varier les allers-retours entre la verticalité, les passages au sol et l'observation des appuis/repousser. Des bâtons de bambou sont utilisés en fin de séance afin d'intégrer les sensations par un toucher médiatisé en position allongée.

Alors qu'elle ne connaît pas les postures, elle s'autonomise rapidement dans l'accompagnement du rythme respiratoire. Elle est à l'aise dans la posture de la montagne, qui sollicite la chaîne postéro-médiane⁹ et l'ancrage au sol dans les talons. Les passages ouverture/fermeture de colonne sont aussi de qualité, elle prend son temps. En revanche, l'amplitude des colonnes est limitée, surtout dans les postures dos rond/dos creux. Au sol, elle est capable de rester immobile pour observer les effets du relâchement. Elle a toujours besoin de m'observer et d'imiter mes mouvements même allongée au sol. J'étoffe mon guidage verbal avec du vocabulaire sensoriel et descriptif. Elle continue à m'imiter jusqu'au travail de repousser du sol, pendant lequel elle jette un regard à l'horloge.

Je lui propose de terminer la séance en choisissant son espace et sa posture idéale pour faire l'expérience du relâchement avec les percussions. Allongée, elle se place sur le dos, les yeux ouverts, face à moi. Je l'invite à ajuster sa posture et à porter attention à ses appuis. Elle me regarde et demande à se retourner sur le ventre en se confondant en excuses. « Bien sûr, super Sandra, je suis très contente que tu puisses affirmer tes choix, c'est très important ! Ton bien-être avant tout ! ». Elle se réinstalle sur le ventre et garde les yeux ouverts.

En fin de séance, elle est étonnée par ses ressentis lors du contact avec les bâtons de bambou : « Quand vous faisiez [les percussions] au niveau des talons, je ressentais les vibrations, dans tout le corps, jusqu'au haut de mon dos. Ça m'a fait du bien, je me sens détendue ».

⁹ Cf. infra, Partie 2-III.2.3 Diversité des formes corporelles et expressivité, p. 54

IV.6.3. Séance intégrative : vers une conscience de la tridimensionnalité

Toujours ponctuelle dans le hall, elle m'attend avec un grand sourire pour notre cinquième et dernière séance. Elle est particulièrement apprêtée, dans les tons rose et blanc nacré, détonnant de ses habituels vêtements noirs. Elle porte pour la première fois des bijoux. « C'est notre dernière séance aujourd'hui ! », s'exclame-t-elle toute excitée.

Pendant nos échanges, elle m'explique de pas savoir combien de kilos elle a pris, ni où les localiser sur son corps. « Je ne ressens pas de différence ». Elle pèse 39,8 kg, ce qui correspond à une prise de 5,8 kg en six semaines. Son visage se ferme à nouveau, je constate que ses lèvres sont gercées. D'autres plaies sont présentes au niveau des mains et des ongles, signifiant probablement des conduites de grattage pour évacuer le stress. Je reviens sur les séances précédentes en lui demandant si elle a une préférence pour la séance aujourd'hui. « J'ai tout aimé depuis le début ! ».

Nous revenons sur les sensations solides qui structurent le corps et qui offrent une direction dans l'espace, à l'aide d'auto-percussions et d'étirements dans les plans de l'espace. Nous retrouvons les bâtons pour un moment d'intégration des sensations en position assise. Le dispositif a pour but de soutenir le passage vers la sortie de manière sécurisante.

Cette dernière séance apparaît chargée émotionnellement malgré tous ses efforts pour éviter de parler de son corps et de donner son avis sur les séances. Elle « s'agrippe » à toutes mes propositions. L'imitation est pour le moment le seul moyen d'accéder à l'expérience corporelle. Compte tenu d'un langage corporel figé, je veille à m'assurer qu'elle se sente toujours à l'aise. Au milieu de la séance, une plaie sur son pouce se met à saigner. Nous faisons une pause pour la nettoyer. J'essaie de faire du lien avec les sensations et les émotions dans cette situation mais elle met à distance ses réponses. Puis, dans une dernière tentative d'exploration des sensations avec les percussions, un immense rayon de soleil vient accompagner le moment. Je m'accroche verbalement à cette sensation de chaleur pour essayer d'ancrer le moment présent. Je passe à des lissages avec les bâtons et je suggère de potentielles sensations de relâchement, calme, sérénité dans certaines zones du corps. Alors qu'elle a les yeux fermés, elle lance un subtile et léger « Wahou ! » d'étonnement. A mesure que les rayons s'intensifient, elle semble pouvoir se connecter à cette sensation provenant de l'extérieur. Un nuage passe, assombrit la pièce, la séance se termine.

Elle verbalise en fin de séance avoir été étonnée d'avoir ressenti l'avant de son corps, faisant face aux rayons du soleil, pendant les percussions dans le dos. Elle conclut notre dernière séance : « J'ai beaucoup aimé venir ici, je me sens bien dans cet espace, j'aime bien cette salle. Ça va me manquer. ».

IV.6.4. Redevenir une adolescente « normale »

Quand nous sortons de notre dernière séance, Sandra marque un temps d'arrêt face à l'immense baie vitrée donnant sur une rue bondée et surtout sur un lycée, où des jeunes sont rassemblés en groupe pour danser, écouter de la musique, fumer, rire. « J'ai tellement hâte d'être dehors ! ». Je m'appuie sur cet échange pour valoriser à nouveau son engagement et son courage dans les soins. Je lui rappelle que toutes les expériences qui l'ont nourrie pendant ces six semaines d'hospitalisation lui seront bénéfiques à l'extérieur et qu'elle pourra toujours se remémorer cette expérience comme un succès. « Oh oui, car je ne veux plus jamais être hospitalisée, c'est la deuxième et dernière fois ! ».

La poursuite des soins a été prévue au sein d'un HDJ et auprès d'une psychomotricienne en libéral. Un projet de scolarité aménagée a été mis en place, sans notes ni devoirs afin de limiter l'anxiété de performance.

Bien que le poids idéal de sortie n'ait pas pu être atteint à un kilo près, cette hospitalisation courte aura eu pour résultat principal l'acceptation des soins. Sandra, à partir de cette première expérience réussie, peut s'inscrire dans une nouvelle dynamique avec le sentiment d'avoir pris conscience de sa « normalité » en psychomotricité – témoignage qu'elle partage lors de son dernier entretien médical. Cette déclaration résonne au cœur des enjeux adolescents, où s'entremêlent le besoin de s'identifier aux pairs et la nécessité de se construire une personnalité singulière. Peut-être que les bases d'une nouvelle dynamique ont pu s'édifier lors de cette hospitalisation. Alors que l'anorexie mentale a extrait Sandra du processus développemental qui la dirigeait vers l'âge adulte, quelles étapes de l'adolescence doit-elle traverser ? Comment notre travail en psychomotricité pourrait la réengager dans cette voie ?

PARTIE 2 : TEMPORALITE EN SUSPENSION, CORPS EN TRANSITION

Dans cette deuxième partie, nous nous appuyerons sur un modèle développemental de compréhension des enjeux physiques et psychiques liés à l'adolescence. D'autres modèles auraient pu nous intéresser, néanmoins ce choix théorique permet de resituer l'adolescence comme une étape du développement psychomoteur. Nous pourrions ainsi offrir une lecture bio-psycho-sociale de l'adolescence à partir de laquelle nous mettrons en évidence l'impact brutal de l'anorexie mentale sur ce continuum. Nous mettrons en perspective ces recherches en discutant les axes thérapeutiques dégagés en psychomotricité pour Sandra.

I. La traversée de l'adolescence : un processus développemental

Selon l'historien français P. Ariès, l'adolescence est un concept moderne datant de la fin du XIX^{ème}, mettant en lumière une période de la vie humaine comprise entre l'enfance et l'âge adulte (Gros, 2010). Sa définition varie selon les champs d'application. L'OMS la définit comme une période développementale allant de 10 à 19 ans. Le médecin et psychologue H. Wallon la décrit comme une étape mouvementée durant laquelle les exigences de la personnalité passent au premier plan. Il part du postulat que l'enfant subit des métamorphoses, parfois conflictuelles, qui entraînent une amplification de son être (Wallon, 1941). Ce point de vue entre en résonance avec l'étymologie latine du mot adolescent, *adolescere* pour grandir. L'adolescence est un continuum par lequel l'être psychomoteur tend vers un but unique, la maturation. Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux doivent être considérés dans une dimension évolutive et globale du processus adolescent.

I.1. Crise pubertaire

Dans le langage courant, le concept de crise est connoté négativement, alors qu'étymologiquement il provient du grec *krisis* pour décision, ce qui laisse sous-entendre le changement, la transition. Pour H. Wallon (1941), la crise pubertaire marque une rupture dans le développement psychique, où les intrications entre les stades ultérieurs sont complexes. Ce déséquilibre entraîne un mouvement de retour vers soi : le sentiment de changement est ressenti depuis l'intérieur tandis que les transformations corporelles liées à la

maturité sexuelle se perçoivent de l'extérieur. Nous pouvons analyser ci-après ces transformations au niveau des modifications physiques et instinctuelles, et au niveau du remaniement psychique.

Modifications physiques et instinctuelles

Le réveil endocrinien des hormones sexuelles et des hormones de croissance bouleverse les caractéristiques physiques de l'enfant dans une temporalité relativement brusque, vers 8-9 ans chez la fille et 13-14 ans chez le garçon, pour s'achever vers 17-20 ans.

De l'intérieur, l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique donne accès aux fonctions de reproduction sexuelle. De l'extérieur, le corps sexué apparaît avec les caractères sexuels secondaires que sont la poitrine, la croissance du pénis, la pilosité faciale, axiale et pubienne, ainsi que la mue de la voix.

L'activation de l'axe somatotrope entraîne l'augmentation du volume musculaire et viscéral, l'épaississement lipidique de l'épiderme et la croissance osseuse. La vitesse de croissance double ainsi à l'adolescence passant de 8-10 cm par an chez les filles et 10-12 cm par an chez les garçons.

Ces modifications endocriniennes entraînent un décalage chronobiologique de deux heures par rapport à l'enfance et requièrent un apport énergétique colossal. Les besoins alimentaires se situent entre 2500 Kcal et 3000 Kcal chez un adolescent de 50 kg pratiquant une activité physique normale pour l'âge (de Luca, 2019). En conséquence, les besoins en hypersomnie augmentent pour faire face à cette contrainte physiologique énergivore.

La crise pubertaire induit finalement un réajustement du schéma corporel. Selon J. de Ajuriaguerra « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (cité dans Pireyre, 2015, p.37). A l'adolescence, les informations du corps prépubère ne sont plus fiables et les capacités perceptives sont entravées par le rythme effréné de la croissance. Par ailleurs, on retrouve chez les adolescents un besoin de s'observer dans le miroir ainsi qu'une maladresse gestuelle. Le schéma corporel est donc confronté à un nouveau processus d'intégration.

Remaniement neuronal et psychique

H. Wallon met en lumière le développement des capacités de raisonnement et le déséquilibre émotionnel qu'il entraîne. Tout comme durant la « période critique » où l'hyperplasticité cérébrale permet à l'enfant d'assimiler les étapes du développement psychomoteur, un processus neuronal basé sur l'élagage synaptique* et la myélinisation* se réenclenche à l'adolescence. La vitesse de croissance est par ailleurs comparable à celle de la période néonatale (Holzer et al., 2011). Les conséquences neuroanatomiques s'observent au niveau :

- Du cortex frontal entraînant un accroissement des programmes moteurs et un affinement des fonctions exécutives telles que l'inhibition, la planification, le raisonnement, la flexibilité mentale, les choix décisionnels, la régulation émotionnelle et attentionnelle.
- Des aires associatives entraînant le développement de praxies complexes au détriment des capacités sensori-motrices.
- Des connexions entre le lobe frontal et les structures limbiques permettant l'affinement des relais entre les émotions et la mémoire dans la prise de décision.
- Des connexions au niveau du corps calleux permettant l'accroissement de la vitesse et du volume d'informations échangées entre les deux hémisphères.

Ainsi, l'avènement du raisonnement hypothético-déductif et des capacités d'abstraction amènent l'individu à questionner davantage son monde, ses origines et ses perspectives d'avenir. Des mouvements psychiques ambivalents émergent au niveau de la pensée, où l'inquiétude et le doute métaphysique alternent avec la réassurance procurée par le savoir scientifique. Cette ambivalence s'observe aussi au niveau des sentiments amoureux, oscillant entre un « désir de possession de l'autre et le sacrifice total à l'autre ». L'adolescent est alors un individu psychologiquement vulnérable, qui peut éprouver l'inquiétude de ne plus se reconnaître. La résolution de cette ambivalence se fait donc par des choix qui construisent la personnalité adulte (Wallon, 1963).

I.2. Remaniement identitaire

Pendant l'enfance, la sphère familiale représente le socle sur lequel l'intégration des codes sociaux et des rôles s'élabore. A l'adolescence, l'influence de ce socle ne disparaît pas, mais de nouveaux réseaux sociaux se créent. L'adolescent présente davantage de capacités

d'adaptation relationnelle et cherche à s'ouvrir à ses pairs. Il se reconnaît dans une « personnalité polyvalente » (Wallon, 1963) qui lui permet d'appartenir et de jongler entre différents groupes de pairs (musique, sport, école...). Il forge ainsi son identité, affirme ses envies et se démarque par ses choix. Le sociologue, E. Morin (1969), décrit l'adolescence comme une « culture historique » formée d'un large groupe d'individus âgés de 10 à 18 ans partageant un statut social et des valeurs communes. Les groupes de pairs jouent alors un rôle prépondérant dans l'apprentissage des normes, valeurs, idéaux, répondant ou non au modèle normatif¹⁰.

Ils apportent également un sentiment de mêmeté, un miroir sécurisant qui peut soutenir la transformation psychique des modifications corporelles. « *L'autre est un reflet de soi, qui rassure et consolide. Un autre soi-même.* » (Potel, 2015, p.61). Un mouvement centrifuge extrait ici l'adolescent de son intériorité et s'observe dans cette quête du regard de l'autre. Selon le neurologue et psychanalyste, P. Schilder, « *l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (cité dans C. Morin, 2013, p.42). La représentation du corps propre de l'individu passe aussi par une représentation des corps qui l'entourent. Les représentations corporelles sont alimentées par les valeurs véhiculées dans les groupes de pairs et la représentation de soi dans ces groupes (Le Breton, 2005). Le regard agit alors comme un feedback et fait naître finalement un mouvement circulaire entre l'adolescent, ses pairs et sa famille. Pour se construire une image satisfaisante de lui-même, il a donc besoin d'osciller entre ce qu'il ressent et ce que les autres lui renvoient.

I.3. Conscience de soi

Selon H. Wallon, la conscience de soi signifie l'affirmation de l'identité. Elle signe ainsi l'entrée dans le stade adulte, se manifestant par l'avènement d'interrogations sur la vie, la mort, le néant, l'infini ; thèmes qui par ailleurs commencent à être abordés en philosophie au lycée. En questionnant les grands principes métaphysiques, l'adolescent s'interroge sur sa

¹⁰ Bien que nous ne puissions pas nous engager dans une élaboration sociologique complète, il semble néanmoins important de mentionner que les valeurs et critères normatifs occidentaux survalorisent l'apparence physique, la performance, le goût du risque, l'idéal de minceur, la surconsommation, l'individualisme (Le Breton, 2011).

propre histoire. Il cherche à se situer dans le temps afin de tisser des liens entre son enfance et sa vie d'adulte autonome.

Dans ce contexte, la conscience de soi s'élabore sur une construction autobiographique de l'individu, à travers laquelle les sensations, les émotions et l'expérience du corps en relation prend une place fondamentale dans le développement et le renforcement des capacités réflexives à l'adolescence, au même titre que dans les relations précoces. Selon A. Damasio (2010), la conscience de soi est une construction cérébrale complexe et dynamique qui permet à l'esprit de devenir conscient. Il s'agit d'« *un état d'esprit qui survient lorsque nous sommes éveillés et dans lequel se manifeste une connaissance privée et personnelle de notre existence, située relativement à ce qui l'entoure et à un moment donné. Les états conscients de l'esprit manipulent des connaissances fondées sur différents matériaux sensoriel [...] et manifestent des propriétés qualitatives diverses pour les différentes voies sensorielles* » (Damasio, 2010, p.194). Il part du postulat que le Soi se forme à partir de cartes neurales qui s'activent et s'alimentent entre elles :

- Le **proto-soi** ou substrat archaïque de la conscience. Son origine est le tronc cérébral qui traite les « sentiments primordiaux » par le prisme plaisir/douleur. Ce couple est à la base des émotions plus élaborées et de notre affectivité. Il forme également le sentiment fondamental d'être présentement au monde et nous relie à notre histoire phylogénétique.
- Le **soi-noyau** établit les prémices de la différenciation du soi et du non-soi. Sa pulsation est activée lors d'une interaction entre l'organisme et l'objet, et quand cet objet est modifié pour former une structure cohérente. Il émerge dans un sentiment de possession et de maîtrise du corps perçu dans l'instant présent.
- Le **soi-autobiographique** émerge par l'accroissement des expériences corporelles vécues au niveau du soi-noyau. Expériences passées et aspirations sont reliées pour réaliser une forme cohérente à plus grande échelle au niveau du cortex cérébral.

A partir de cette définition neuroscientifique, la place du corps apparaît au cœur des processus d'intégration du soi. Il semble intéressant de rappeler qu'à cet égard le corps adolescent est utilisé pour proclamer son existence par le biais de styles vestimentaires, d'attitudes, de tatouages, de piercings, voire de conduites à risques. Pour s'incarner et s'approprier son corps, il semble qu'il faille le maîtriser. Le corps comme « objet transitionnel » n'appartient « *ni au soi, ni au non-soi à la fois proche et à conquérir, il est*

l'organe de la transition, le lien fondamental au monde, usé comme d'un instrument pour franchir le passage » (Le Breton, 2005, p.594). Une fois la fonction de passage intégrée à la fin de l'adolescence, advient alors une conscience de soi stable.

L'adolescence se révèle être une traversée tumultueuse. Les modifications psychiques, corporelles, physiologiques et neurologiques bouleversent l'équilibre et les représentations acquies pendant l'enfance. Il s'agit d'une période de grande vulnérabilité qui peut s'observer sur les attaques faites au corps qui enrayent ce processus, parfois jusqu'à la mort. L'anorexie mentale illustre la souffrance adolescente en signant l'arrêt du développement psychomoteur.

II. Arrêt du processus par l'anorexie mentale

II.1. Définition de l'anorexie mentale

D'après le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (2014), l'anorexie mentale commence dans 84-87 % des cas entre 15 et 25 ans. Nous pouvons parler d'une pathologie liée à l'adolescence. L'évolution se fait pour la moitié environ vers la rémission complète, 30% vers la rémission partielle et entre 20 et 30% vers une forme chronique ou le décès. La mortalité est estimée à 1% par an.

La dernière version du Manuel de Psychiatrie Américain, DSM-V, classe l'anorexie mentale parmi les Troubles des Conduites Alimentaires en proposant les critères diagnostiques suivants :

- A. **Restriction alimentaire** par rapport aux besoins énergétiques normaux selon l'âge et la taille qui conduit à un état de dénutrition parfois sévère ($IMC \leq 17.5$).
- B. **Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros**, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. **Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps**, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Le critère de l'aménorrhée disparaît du DMS-V car dans les formes prépubères, ce critère n'est pas pondérable. De plus, il s'avère discriminant pour le diagnostic chez le garçon, dont la prévalence certes moindre, pourrait être sous-diagnostiquée, sachant que l'anorexie, la bigorexie* et l'orthorexie* sont des conduites surreprésentées notamment chez les danseurs, les mannequins et les sportifs de niveau de compétition, n'excluant pas la pratique masculine.

On distingue deux types d'anorexie mentale :

1. **Restrictif** : régime strict et activité physique intense soutiennent l'amaigrissement dans 65-75% des cas, comme celui de Sandra.
2. **Avec des épisodes de boulimie et des comportements compensatoires** : vomissements provoqués ou conduites de purge pratiquées suite à une crise d'hyperphagie boulimique dans 25-35% des cas.

II.2.Rupture de l'homéostasie et contrôle du corps

La sémiologie psychiatrique révèle une volonté intense de maîtrise du corps par le biais d'un contrôle excessif du poids, qui se déroule en deux temps.

En phase initiale, les stratégies de perte de poids sont progressives. Les calories et les quantités sont réduites et des pratiques restrictives apparaissent, telles que le tri alimentaire et les régimes pauvres en sucre et gras. En phase d'état, les conduites alimentaires sont marquées par des rituels et des activités restreintes, comparables à des conduites addictives et variables en fonction des adolescents. Chez Sandra, on observe des signes d'hyperactivité physique, d'exposition au froid et la lenteur des repas. Chez d'autres des conduites purgatives (vomissement, prise de laxatif ou diurétique, lavements) et de potomanie (consommation excessive d'eau) peuvent s'observer.

Rapidement, la perte de poids est aussi banalisée et elle est associée à un sentiment d'euphorie, de réassurance et d'absence de fatigue. S'instaure alors un cercle vicieux : moins l'adolescent mange, moins les stimulations somato-viscérales sont activées, plus rapidement il se sent rassasié et plus il perd du poids. Les conduites restrictives pourraient être renforcées et maintenues par une dérégulation des signaux envoyés à l'hypothalamus, centre intégrateur de la satiété et de la faim. Il est influencé par des hormones en provenance :

- De l'estomac: le peptide YY communique des informations liées à la satiété. La ghréline est un signal de la faim.

- Du foie et des cellules lipidiques : respectivement insuline et leptine indiquent la disponibilité en énergie sous forme de glucose ou de lipide dans le corps.

Chez les patients anorexiques, les dysfonctionnements de la ghréline et de la leptine exacerbent la sensation de satiété lors de la prise alimentaire (Culbert et al., 2016). Les effets de récompense du circuit dopaminergique étant également restreints, la reprise alimentaire se complique davantage (Doyen & Criquillion-Doulet, 2016). Nous pouvons penser aussi que la sensation de faim en provenance des viscères prédomine sur toutes les autres sensations corporelles, d'où une nécessité constante de la maîtriser. Aussi, chez Sandra, les éprouvés au niveau du ventre sont également caractéristiques d'une remise en route du système digestif, dont les sensations prévalent sur d'autres sensations comme la douleur ou la fatigue.

La perte de poids entraîne l'effacement des aspects sexués du corps et stoppe la croissance. L'anorexie mentale met ainsi à l'arrêt le processus pubertaire et maturatif, qui requiert une énergie métabolique et psychique colossale démontrée précédemment¹¹. Nous pouvons penser que chez Sandra, le contrôle du poids est envisagé comme une solution face à la poussée pubertaire. Cette solution s'avère non transitoire car elle engage des troubles somatiques qui accélèrent le vieillissement du corps et augmentent les risques vitaux tels que l'ostéoporose*, l'amyotrophie*, les troubles du rythme cardiaque, l'hypotension*. L'image du corps est aussi attaquée avec l'apparition de troubles trophiques (altération des ongles et cheveux, hypertrichose*, lanugo*, acrocyanose*), l'hypertrophie des glandes salivaires et la détérioration des dents.

II.3. Remaniement de la vie psychique et entraves cognitives

Dans son enveloppe externe, le contrôle du corps est soumis au regard de l'autre. Il est également fortement impulsé par des dysfonctionnements internes, physiologiques, cognitifs et psychiques.

De manière synchrone, le comportement alimentaire se rigidifie tout comme l'activité psychique et cognitive. Le désir de maigrir occupe une grande place dans les pensées. Le déni est massif quant aux besoins physiologiques, à la reconnaissance de la maigreur et à la gravité de l'état de santé.

¹¹ Cf. supra, Partie II-I.1 Crise pubertaire, p. 35

L'hyperactivité intellectuelle ou physique, présente dans la majorité des cas, pourrait faire office de barrière aux pensées obsédantes. En focalisant l'attention sur une activité, un soulagement cognitif pourrait être retrouvé momentanément. Il s'avère par ailleurs que l'hyperactivité intellectuelle est principalement fondée sur une accumulation de savoirs à restituer au détriment d'activités créatives (Chalet et al., 2018). En revanche, comme dans le cas de Sandra, les performances scolaires, le fonctionnement social et les capacités de communication verbale sont relativement peu altérés en phase d'état. Les patients anorexiques peuvent donner l'impression que leurs capacités intellectuelles sont préservées, voire supérieures à la moyenne. Or, que ce soit en phase aiguë ou lorsque le poids normal est retrouvé, le quotient intellectuel reste dans la moyenne (Martinez et al., 2014).

Nous pouvons émettre alors l'hypothèse que cette réussite scolaire bénéficie d'un réajustement énergétique : le peu de ressources énergétiques disponibles seraient mobilisées intellectuellement pour lutter contre l'asthénie physique et émotionnelle.

La mise à distance émotionnelle est un trait caractéristique de la personnalité, comme la tendance au perfectionnisme et la rationalisation des conduites obsessionnelles.

La reconnaissance des émotions et à la verbalisation des états émotionnels sont accessibles, néanmoins un défaut d'empathie ou d'intersubjectivité est notable (Martinez et al., 2014). L'adolescent anorexique est moins susceptible de considérer les états mentaux de son interlocuteur. S. Tisseron hiérarchise « l'empathie extimisante » au sommet des capacités empathiques, consistant « à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des aspects de moi-même que j'ignore et de se laisser transformer par cette découverte » (Tisseron, 2013, p.164). Ainsi, l'écoute subjective des éprouvés émotionnels et les représentations qui en découlent sont peu accessibles dans la relation, d'où chez Sandra cette incapacité à extraire les signes de la communication non-verbale pour s'ajuster posturalement dans l'interaction. Par ailleurs, une étude récente montre une activation excessive des régions préfrontales lors de la passation de tests cognitifs chez les sujets anorexiques, ce qui souligne une forte capacité à la maîtrise de soi (Kaye et al., 2013).

Compte tenu de ces barrières cognitive et émotionnelle, nous pouvons penser que la stabilité de la vie psychique est fortement entravée. Le pédopsychiatre, P. Jeammet (2016) observe une forme de dépendance psychique liée à la puissance du contrôle de la faim et à l'intensité du plaisir que cela procure. Il décrit également une double contrainte : celle de l'attrait vers la sensation agréable et celle de l'anéantissement d'un sentiment d'inconfort lié à une tension

interne. Croisée à l'excitation éprouvée dans la perspective d'un apaisement par la restriction alimentaire ou l'hyperactivité physique, une dépendance psychique émerge chez Sandra parallèlement à une dépendance comportementale.

II.4. Déséquilibres relationnels

Relation au corps

L'alternance entre l'expérience du manque et de la satisfaction s'observe entre les crises d'hyperphagie et/ou d'hyperactivité et la quête inexorable de la maigreur. Selon P. Jeammet (2016), la nourriture ou son absence agit comme un piège qui n'apporte pas les bénéfices de la vraie relation, autrement dit le renforcement de l'image de soi dans le plaisir partagé. Au contraire, l'objet addictif devient une nécessité, un besoin en soi à assouvir de manière répétitive pour soulager un malaise intérieur.

L'anorexie mentale peut être considérée comme une tentative de lutte, de survie face à cette tension interne, dont l'origine pourrait être un événement traumatique non mentalisable. L'événement ferait régulièrement effraction sur le plan physique et psychique, et déstabiliserait ainsi l'équilibre du sujet dans la mobilisation de ses capacités adaptatives. Parmi les facteurs déclenchants de l'anorexie mentale sont considérés : les ruptures relationnelles telles que les deuils, les séparations, les divorces, les déménagements et les événements traumatiques de type agression sexuelle, viol, inceste. A noter que près de 30% des patients présentant un TCA auraient été victimes de traumatismes sexuels avant l'âge de 15 ans et 40% après l'âge de 15 ans ; le risque de développer une anorexie ou une boulimie est presque équivalent (Vierling et al., 2015). Chez Sandra, les conduites anorexiques ont débuté avant l'agression sexuelle et aucun syndrome post-traumatique n'a été diagnostiqué. Cependant il est nécessaire de prendre en compte cet événement car il peut être considéré comme un facteur pérennisant de la maladie. De plus, il détermine la posture et la distance relationnelle à engager avec le patient.

Relations familiales

L'apparition de troubles alimentaires est favorisée par des particularités dans le contexte familial. On note un intérêt familial pour les régimes, l'alimentation saine, voire des contraintes imposées dans l'enfance. Des éléments de renforcement positif de l'anorexie autour de l'apparence physique, la maîtrise émotionnelle, l'impression de maturité précoce ont tendance à encourager le maintien des conduites restrictives.

L'homéostasie familiale se retrouve déstabilisée. Advient une « fascination » pour l'adolescent anorexique, qui par la maîtrise de ses besoins physiologiques et de ses émotions, renvoie aux figures parentales une « *maîtrise qui leur échappe et qu'ils envient* » (Jeammet, 2016). La prise de conscience de la pathologisation des conduites apparaît dès lors que de simples habitudes se transforment en comportements tyranniques autour des repas, entraînant une majoration des situations de conflits. Absorbée par la culpabilité, la honte, l'impuissance, l'image parentale est touchée en plein cœur, au même titre que les relations dans la fratrie, ce que relate les parents de Sandra en entretien familial. A savoir qu'une relation de dépendance auprès de la famille et de la fratrie donne à l'adolescent anorexique l'illusion du contrôle de la sphère affective, ce qui tend à exacerber les conflits. (Chaulet et al., 2018).

Relation aux pairs

Les adolescents anorexiques ont tendance à s'isoler des adolescents de leur âge, préférant les relations avec les adultes. En l'absence de relations aux pairs, les processus d'identification et de construction de l'identité s'avèrent fortement entravés. Les pairs n'exerçant plus leur fonction de tiers secondaire, la relation de dépendance à la famille se renforce.

Ce désengagement relationnel vis-à-vis des pairs pourrait faire suite à un déficit d'empathie. A travers le regard d'autrui se poursuit l'intégration subjective de l'image inconsciente du corps, qui se renouvelle de manière dynamique au gré des rencontres, des expériences et des âges. Selon la psychanalyste F. Dolto, elle est « *camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes* » (cité dans Pireyre, 2015, p.38). La distanciation relationnelle et créative maintient l'adolescent anorexique dans le déni de sa maigreur et contient ainsi les affects dépressifs liés à celle-ci. Par ailleurs, les attributs esthétiques sont en décalage avec une volonté d'identification aux codes socio-culturels liés au genre et à l'âge. De manière paradoxale, le corps anorexique apparaît comme dévitalisé, sans forme, parfois incurique. Comme chez Sandra, une odeur corporelle particulière est présente, les tenues vestimentaires sont négligées, les cheveux sont secs et tombants, les ongles striés et cassants, la peau est sèche. Un lanugo* et une hypertrichose* peuvent chez d'autres s'observer sur le visage et les bras. La perte de poids finalement ne jugule pas l'insatisfaction corporelle mais encourage et maintient des déséquilibres relationnels massifs en renvoyant dans la relation une image mortifère de soi.

II.5. Conscience de soi et représentations corporelles perturbées

Les patients anorexiques souffrent, à diverses échelles, d'un trouble de la perception du corps. L'amaigrissement procure une sensation illusoire de bien-être et de satisfaction, soutenue par la production de cortisol, hormone du stress cellulaire, qui a tendance à affaiblir les perceptions de douleur, d'angoisse et de fatigue (Combe et al., 2009). Ces conditions sont par ailleurs propices à la négligence des conduites d'épuisement psychique et physique.

Comme Sandra, ils décrivent une anesthésie sensorielle qui empêche l'accès à une sensation unifiée et continue du corps, et donc à sa représentation stable et sécurisante. La distorsion la plus extrême est qualifiée de dysmorphophobie que l'on retrouve dans le discours des patients sous la forme de récits de parties de corps extensibles à l'infini par exemple. La forme et le poids corporel sont caractéristiques des troubles alimentaires. La distorsion de l'image peut se fixer sur une partie du corps, comme chez Sandra au niveau des cuisses, du ventre et de la poitrine ; ou bien sur l'ensemble du corps. Selon le Manuel MSD pour les professionnels de santé (<https://www.msmanuals.com/fr/professional>), elle se diagnostique selon les critères cliniques suivants :

- **Inquiétude à propos d'un ou plusieurs défauts d'apparence** qui ne sont pas observables ou semblent minimes à d'autres personnes,
- **Comportements répétitifs** en réponse à l'apparition des préoccupations à un moment au cours de l'évolution du trouble (vérification dans un miroir, hygiène excessive),
- La préoccupation provoque une **détresse importante** ou des troubles du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres sphères.

Comme à l'entretien psychomoteur avec Sandra, l'intensité émotionnelle submerge le patient dès lors que l'on évoque la prise de poids. Si l'on présente des photos de personnes en surpoids, on observe une hyperperfusion de l'amygdale, structure limbique impliquée dans l'alerte et la survie via le traitement des émotions, de la mémoire et de l'adaptation du comportement (Kaye et al., 2013). Les capacités d'adaptation et d'autorégulation sont alors shuntées par la peur. La photo pourrait être interprétée comme un potentiel miroir de soi-même en cas de lâcher-prise, entraînant la mise en alerte du système limbique face à ce danger. En réaction, l'élévation de la production de cortisol nécessaire à la mise en route d'un comportement de survie augmente le niveau d'anxiété.

L'anorexie mentale peut s'analyser comme une tentative de résolution de la souffrance liée aux transformations pubertaires. Chez Sandra, la restriction alimentaire a été une solution transitoire de prime abord pour combler une image insatisfaisante. Elle s'est ensuite fixée dans la pathologie par ses structures addictives sous-jacentes. Ainsi, rapidement, l'anesthésie sensorielle et l'hypertonie de fond l'ont empêchée d'avoir accès à des représentations fiables de son corps réel, de son corps vécu et de son corps ressenti. Cette progressive « déliaison psychomotrice » aurait pour conséquence la perte du sentiment d'unité corporelle observable dans la dysmorphophobie et maintiendrait ainsi une perte de réflexivité sur le risque vital. Sur quelles hypothèses pouvons-nous engager un projet thérapeutique visant le retissage des liens psychomoteurs chez Sandra ?

III. Recherche de perspectives : hypothèses théorico-cliniques

Sandra montre des capacités d'ajustement relationnel, des capacités motrices adaptées pour son âge et une forte envie de s'engager en psychomotricité. Elle est capable d'être critique à l'égard de sa dernière hospitalisation : « J'ai pris du poids pour sortir le plus vite possible et pour pouvoir le re-perdre aussitôt sortie ». Elle semble aujourd'hui prête à s'engager dans les soins bien qu'elle s'oppose à la sonde naso-gastrique, lui rappelant certainement l'échec de sa première hospitalisation et marquant dans son corps une intrusion insoutenable. Afin de mettre en perspective le projet de soin de Sandra, nous nous intéressons à deux domaines psychomoteurs déficitaires qui marquent une rupture dans le sentiment d'unité corporelle et impactent la sphère relationnelle chez Sandra : le tonus et le schéma corporel.

III.1. Déficit de régulation tonique

III.1.1. Définition du tonus

Selon la psychomotricienne, M. Jover, le tonus est « *un état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe du nerf moteur, permanent et involontaire. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de*

déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » (Rivière, 2002, p.49).

La littérature de psychomotricité décrit trois fonctions toniques (Scialom et al., 2011a). Leurs propriétés sont à la fois singulières et interdépendantes.

- Le **tonus de fond** représente l'état de légère tension involontaire des muscles d'origine réflexe. En prenant sa source dans le réflexe myotatique, il est présent même au repos et participe à la vigilance musculaire. Il est aussi le substrat du sentiment d'unité corporelle, en maintenant la cohésion entre les différentes parties du corps.
- Le **tonus postural** représente l'activité tonique minimale permettant le maintien postural, les équilibres et les stations. Il conduit le mouvement en garantissant un niveau de contraction optimal. Il participe à l'état de vigilance.
- Le **tonus d'action** constitue la contraction musculaire phasique, permettant le déroulement dynamique de l'action.

Chez Sandra, une polarité tonique prédomine : l'hypertonie. Elle se définit comme un accroissement de la résistance du muscle qui augmente à son allongement passif et qui persiste lors du relâchement volontaire. Sa posture hypertonique, qui apparaît comme inflexible, limite ainsi son potentiel relationnel. Cette tendance, corrélée à une odeur corporelle nauséabonde, met à distance l'interlocuteur. Dès lors, l'accès à ses capacités d'empathie dans la communication, c'est-à-dire à la compréhension de ses propres éprouvés corporels, semble compromis.

III.1.2. Physiologie de la régulation tonique

Au niveau médullaire

Le réflexe myotatique constitue le mécanisme le plus primaire de la régulation tonique. Il prend source au niveau du fuseau neuromusculaire, capteur sensoriel musculaire sensible à l'étirement. Lorsqu'un muscle est passivement étiré, ses fibres s'activent et entraînent un influx nerveux sensitif vers la corne antérieure de la moelle épinière qui traite et intègre le message sensoriel. En réponse, une commande de contraction musculaire est envoyée par le motoneurone alpha vers le muscle effecteur. L'étirement du muscle entraîne alors sa propre

contraction. A ce premier niveau d'intégration neuromusculaire, appelé arc réflexe, prend source un état de tension optimal pour lutter contre les effets gravitaires.

Au niveau sous-cortical

Le centre intégrateur se situe au niveau de la formation réticulée dans le tronc cérébral. Il s'agit d'une structure clé dans la modulation de l'état d'éveil et de vigilance. Par ses voies ascendantes, elle active les systèmes d'alerte cortical et sous-corticale. Un événement inattendu active alors simultanément un état d'hypervigilance, une émotion et un recrutement tonique. Par ses voies descendantes, la formation réticulée contrôle le tonus musculaire en inhibant, par la voie du motoneurone gamma, la contraction du muscle antagoniste à celui étiré. En régulant l'arc réflexe médullaire, la formation réticulée soutient le jeu coordonné des muscles agonistes et antagonistes.

Au niveau cortical

Le centre intégrateur de la motricité volontaire est l'aire motrice primaire. Par la voie descendante, pyramidale, l'intention motrice participe au tonus d'action. L'aire motrice supplémentaire joue également un rôle dans la représentation du mouvement en amont de l'exécution motrice. La mentalisation du mouvement entraîne le recrutement tonico-postural nécessaire à l'action motrice. On note également que des facteurs psychologiques, émotionnels et cognitifs influencent cette voie.

Chez Sandra, l'hypertonie dominante pourrait être le reflet d'un cercle physiologique vicieux : plus ses émotions sont teintées d'anxiété et de peur, plus son niveau de vigilance augmente, ce qui entraîne alors des difficultés à accéder à un relâchement musculaire volontaire.

Au-delà de ses aspects neurophysiologiques, le tonus est psychiquement le substrat des émotions. « *Les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. Leur diversité est liée à l'hyper ou à l'hypotension du tonus, à son libre écoulement en gestes et en actions ou à son accumulation sur place par des spasmes* ». (Wallon, 1949, p.174). Chez Sandra, en raison de la fonte musculaire, les émotions ne peuvent trouver leur fondation. Ainsi, la sensation tonique liée à l'émotion est rompue annihilant ainsi les affects et leurs représentations.

III.1.3. La notion de polarité tonique

L'hypertonie entraîne chez Sandra une sensation de dureté dans le corps qui ancre ses affects dans une dimension principalement désagréable. Elle relate principalement des affects binaires sur la base de l'opposition j'aime/je n'aime pas. Faisant ainsi écho au couple plaisir/déplaisir à la base de la construction du proto-soi, nous pouvons envisager une lecture de ses éprouvés corporels et de son unité corporelle à partir de leurs fondements précoces. De plus, compte tenu de l'impossibilité d'intégrer des repères liés au processus adolescent, s'appuyer sur ces fondements se révèle être un levier pour le projet en psychomotricité.

Maturation neurophysiologique du tonus

A la naissance, le niveau de maturation neuromotrice inscrit le corps du nouveau-né dans un tonus polarisé. Au niveau axial, l'hypotonie domine alors qu'en périphérie, les membres sont hypertoniques. Grâce à la maturation neuronale et à l'expérience motrice, le tonus se répartit également en suivant deux lois de l'évolution. La loi céphalo-caudale soutient en premier lieu l'accroissement du tonus des muscles de l'axe, permettant un affinement des capacités de contrôle postural. La loi proximo-distale caractérise le relâchement des muscles périphériques, permettant les coordinations fines. Aux alentours du 9^{ème} mois, l'enfant acquiert un panel varié de schèmes moteurs autorisant l'exploration des plans de l'espace, des niveaux et des opérations d'ouverture/fermeture. La polarité disparaît au profit de la nuance tonique.

Polarité tonique et prémices de la conscience de soi

S. Robert-Ouvray (2004) développe une théorie de l'étayage psychomoteur en interrogeant l'organisation tonique et motrice comme soubassement du développement de l'être psychomoteur.

Sur un premier couple tonique, tension/détente, s'organise la vie relationnelle du nourrisson. Avant le langage, le corps est le premier moyen de communication pour s'extraire de sa condition de dépendance extrême. Les états d'hypertonie informent le parent d'une sensation désagréable, d'un besoin à assouvir, d'une douleur à calmer. Pleurs et crispations ou « expressions d'appel » selon J. de Ajuriaguerra (1985) renseignent sur la réponse parentale à fournir. Au contraire, les états hypotoniques informent sur des sensations agréables comme la quiétude, la sérénité, la joie. Cette première rencontre avec son corps propre provient de l'intérieur et s'exprime sous l'angle d'un clivage tonico-sensoriel tension/désagréable, mou/agréable. Ces éprouvés corporels ne pouvant encore être représentés du fait de

l'immaturation neuronale, l'enfant vit ses sensations dans un syncrétisme total, entraînant tout son corps dans l'une ou l'autre polarité tonique. Cette bipolarité tonico-sensorielle s'observe tout au long de la vie. Lorsque l'on se sent en colère ou surpris, le corps se rigidifie. À l'inverse, quand il se déprime, il s'alanguit.

À partir de ces éprouvés polarisés, le traitement des objets est aussi appréhendé comme bon ou mauvais en fonction de l'expérience avec l'environnement. Ainsi, les prémices de la vie psychique se construisent en miroir au clivage tonique. Le clivage psychique serait le premier accès à la représentation psychique.

Variations toniques et vie psychique

Dans les interactions précoces, la tension corporelle est contenue et apaisée par les parents dans un dialogue tonique de proximité afin que le dur/désagréable puisse se transformer en mou/agréable. En s'adaptant au plus près des besoins de l'enfant, le dialogue tonique, théorisé par H. Wallon, inscrit « *une expérience du corps et inversement le corps est le vivant produit — bien que pas exclusivement — de cette expérience tonique* » (Auzias, 1993). Une boucle rétroactive, passant par les corps de la dyade, émerge entre les réactions de l'enfant et la réponse parentale. L'enfant a faim, il se tend, alors le parent le porte pour le calmer avant de le nourrir et s'apaiser. Conceptualisé par D.W. Winnicott, la fonction parentale de « holding » soutient la compréhension des vécus corporels par un portage physique et psychique du nourrisson (Lefèvre, 2011). Au cœur du dialogue tonico-émotionnel advient alors l'unité corporelle. J. de Ajuriaguerra y rattache un « [...] *processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps. [...] Par sa mobilité, [l'enfant] cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque* » (Ajuriaguerra, 1985).

Dans un jeu d'appel-réponse entre les deux corps expressifs, s'inscrivent les bases de la communication infra-verbale et le rythme. D'après le pédopsychiatre D. Marcelli (2007), on retrouve dans les soins de maternage et le nourrissage notamment, une première expérience cyclique et répétitive qui apporte de la continuité. Ces macrorhythmes permettent de soutenir les moments de rupture, de discontinuité, d'attente à un niveau interpersonnel. Dans les moments de désaccordage, le partage intersubjectif de l'expérience de l'autre soutient les capacités de reconnaissance de sa propre affectivité et le développement de la conscience de soi. L'alternance rythmique convoque par le biais de variations toniques une dialectique entre le soi et le non-soi. Au croisement du temps dans ses caractéristiques d'intervalle, de pause,

de silence, apparaît alors l'espace d'un corps différencié et un espace entre les corps, sur lequel nous reviendrons en troisième partie.

L'enfant éprouve ainsi de nouvelles qualités sensorielles, affectives, qui s'ajoutent au réservoir de base et l'émancipent du clivage psychique. S. Robert-Ouvray théorise « l'ambivalence » comme l'intégration de positions intermédiaires entre les polarités. Le dur peut devenir agréable et convoquer une représentation de solidité sécurisante. Ainsi, la vie psychique trouve son équilibre à partir de variations toniques connues et reconnues.

Pour Sandra, compte tenu de la fonte musculaire importante, il est difficile de prendre conscience de ses états toniques et de les nuancer. Cette « paroi musculaire » protège des agressions extérieures et maintient un sentiment continu d'exister. Elle la coupe de ses propres sensations internes, ce qui impacte la dimension affective et représentative du corps, le tonus fonctionnant sur une unique polarité. Se relâcher engendrerait ainsi une mise en danger psychique, d'où un maintien postural figé dans une rigidité axiale importante.

L'hypertonie des muscles extenseurs de la colonne vertébrale pourrait aussi faire barrière à l'intégration de l'axe corporel en tant que référentiel spatial et intégrateur psychique. Ses difficultés à construire son espace personnel, s'investir spatialement ainsi que représenter graphiquement l'espace de la salle de psychomotricité pourrait induire un déficit d'intégration du schéma corporel chez Sandra.

III.2. Déficit d'intégration du schéma corporel

III.2.1. Définition du schéma corporel

Dans *Schéma corporel, image du corps et image spéculaire : neurologie et psychanalyse* (2013), C. Morin revient sur la genèse du concept de schéma corporel. A partir des travaux sur la cénesthésie ou la sensibilité corporelle, le neurologue H. Head conceptualise un modèle de base des représentations posturales, qui actualisé par la plasticité cérébrale, permet d'avoir conscience de son corps dans l'espace. Il étaye son propos à partir des cartes neurales somatotopiques au niveau du cortex pariétal, découvertes par le neurologue W. Penfield. P. Bonnier, psychologue et neurologue, introduit le terme de « schéma » en conceptualisant « le sens des attitudes » comme source d'informations sur la position spatiale et l'orientation du corps au niveau objectif, subjectif et psychique. La connaissance du corps permet d'actionner un projet postural et locomoteur, et d'en extraire un sens.

Comme défini précédemment par J. de Ajuriaguerra, le schéma corporel se module toute la vie en fonction des expériences et s'active dans l'instant en croisant l'histoire corporelle sensorielle et affective du sujet dans le présent de l'action.

A partir de ces définitions non-exhaustives, le schéma corporel implique les connaissances des parties du corps, leurs relations spatiales, leurs orientations, ainsi que leurs inscriptions dans la construction d'un point de vue à plusieurs niveaux :

- **Neuronal** : par l'expérience sensori-motrice, la plasticité modifie les cartes neurales du schéma corporel. La pratique de la danse classique a pu forger chez Sandra un réservoir de référentiels liés à cette activité, notamment le port de tête.
- **Anatomique** : les agencements des segments du corps et organes confèrent une fonction de direction intrinsèque au corps, universelle à l'être humain. Sur cette matière universelle, qui relie le vivant, nous pourrions proposer un travail d'intégration du schéma corporel chez Sandra.
- **Psychique** : l'activité tonico-posturale est réflexive et soutient la conscience de soi. En corrélation avec l'hypertonie, Sandra semble emprisonnée dans un corps peu modulable, en miroir à sa rigidité cognitive autour du poids.
- **Subjectif** : dans l'instant, la réactivation du schéma corporel dans ses dimensions sensorielles, affectives et spatio-temporelles soutient la direction du mouvement et de l'intentionnalité. Chez Sandra, la difficulté d'intégration du bas du corps, notamment les cuisses, la coupe d'une verticalité et d'un ancrage au sol, ce qui l'empêche d'affirmer son point de vue.

III.2.2. Unité corporelle et articulation anatomique

A l'aune de l'absence de traitement intégratif des sens proprioceptif et kinesthésique avec les autres sens, l'intégration du schéma corporel semble déficitaire chez Sandra. L'accès à son corps s'appuie sur une bidimensionalité marquée par les lignes osseuses du corps suspendues entre-elles, la suspendant aussi vers le haut comme une marionnette. La profondeur étant comme « absente », l'unité corporelle est entravée tout comme l'équilibre psychique.

En partant du postulat que le schéma corporel apporte un « cadre spatial de référence », nous pensons que le sentiment d'unité corporelle peut être réactivé par la stimulation de ses fondements anatomo-fonctionnels.

B. Lesage (2012) théorise un modèle de compréhension de l'unité corporelle à partir d'un concept architectural : la tenségrité. Le principe consiste à utiliser la tension comme une force associative afin de relier des éléments entre eux. Par le jeu équilibré entre tensions et compressions, la stabilité de la forme advient telle un château de cartes parfaitement monté.

Au niveau de l'organisme, cet équilibre s'observe entre les structures solides, les os, et les structures élastiques en tension, les muscles et les fascias.

Le système-os agence l'espace du corps, le spatialise. Les os forment des lignes, des directions qui matérialisent l'intention. La densité osseuse, maximale à l'adolescence, conduit la vibration et soutient ainsi la prise de conscience des appuis internes. L'espace articulaire relie les os entre-eux : cette jonction tridimensionnelle permet par un jeu de glissements et rotations de se sentir, depuis l'intérieur du corps, comme une unité harmonieuse. Ces espaces intermédiaires, mobiles, porteurs de la dimension relationnelle sont riches en capteurs proprioceptifs. La proprioception, ou sensibilité profonde, est le sens de la position des segments du corps. Les capteurs proprioceptifs se localisent également dans les muscles et les tendons, c'est pourquoi la proprioception renseigne sur l'activité du corps quand elle s'articule avec les sens kinesthésique et postural. « *Ce sens constitue l'ancrage organique de notre identité* » (Scialom & al., 2011a). Il nourrit le sentiment d'intériorité et donc l'assurance d'avoir un corps unifié et sécurisant.

Grâce aux muscles, tendons et ligaments, le déploiement de la structure osseuse est possible. Extraits du système de tenségrité, les os sont en suspens. Le système-muscle, par sa fonction tonique, permet de soutenir « une force de cohésion ». Par sa fonction phasique, il permet de répondre aux contraintes de l'environnement par des mouvements alternant ouvertures ou fermetures. Émergent alors des attitudes et postures singulières qui caractérisent l'expressivité de l'individu.

III.2.3. Diversité des formes corporelles et expressivité

La singularité posturale de Sandra l'inscrit dans un mouvement expressif paradoxal. La tenue axiale et le port de tête évoquent une danseuse classique, volontaire,

prête à monter sur scène pour le spectacle. En revanche, la chaîne scapulaire, entraînée dans un mouvement de fermeture vers l'avant, résiste face à cette explosivité axiale et la retient dans sa montée sur scène.

En partant du postulat que le schéma corporel advient dans la qualité des postures et des attitudes, nous nous appuyons sur les travaux des chaînes musculaires de G. Struyf-Denys pour offrir une lecture posturale de Sandra. Une chaîne musculaire est un ensemble de muscles qui collabore de manière synergique en vue d'actionner un type de mouvement dans l'espace. Le mouvement est propagé dans la chaîne grâce aux fascias, tissu conjonctif élastique reliant les muscles entre eux de manière fluide. G. Struyf-Denys observe cinq chaînes musculaires à travers lesquelles elle propose une lecture posturale dominante et une « pulsion psycho-comportementale ». Cette approche permet d'analyser l'expressivité du corps dans l'attitude posturale et la répartition de la tonicité, clé de voute en psychomotricité de l'observation de la communication non-verbale.

D'après les travaux de B. Lesage (2012) à ce sujet, nous proposons de décrire brièvement les rapports d'ouverture et de fermeture, et l'affectivité suggérée dans les cinq chaînes musculaires.

- Les chaînes verticales intègrent la relation avec l'axe corporel et font référence à la structure personnelle de base.
 - La **chaîne antéro-médiane** (AM) sollicite les muscles antérieurs le long de l'axe corporel et favorise la posture d'enroulement. Elle signe une sensibilité à l'intériorité et la réceptivité.
 - La **chaîne postéro-médiane** (PM) sollicite les muscles postérieurs le long de l'axe corporel et favorise la posture de redressement dynamique. Elle signe une sensibilité intellectuelle, de la curiosité, un dynamisme.
 - La **chaîne postéro-antérieure antéro-postérieure** (PA-AP) : double chaîne, qui sollicite à la fois l'extension (PA) et l'effacement des courbures de la colonne vertébrale, et à la fois son inverse complémentaire le rebond (AP). Ce couple signe la disponibilité et la mobilité.

- Les chaînes latérales soutiennent la relation à l'environnement.
 - La **chaîne antéro-latérale** (AL) sollicite les muscles antérieurs comme les adducteurs et rotateurs internes impliqués dans la fermeture vers soi des ceintures scapulaire et pelvienne. Elle souligne un repli, une réserve sur le plan affectif.

- La **chaîne postéro-latérale (PL)** sollicite les muscles postérieurs comme les abducteurs et rotateurs externes impliqués dans l'ouverture des ceintures scapulaire et pelvienne. Elle souligne une sociabilité.

Notons que les typologies affectives proposées par ce modèle sont interprétatives et non normatives. « *Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises typologies, mais des attitudes et des aptitudes complémentaires. La pathologie se révèle dans la fixation, la difficulté d'accéder à certains registres émotionnel, relationnel, expressif ou imaginaire, par l'engagement spécifique propre à telle ou telle structure* » (Lesage, 2012, p.94-95).

Chez Sandra, la chaîne musculaire la plus sollicitée est la chaîne postéro-antérieure (PA). Les courbures de sa colonne vertébrale sont effacées dans toutes les stations. Dans sa forme pathologique, où la chaîne musculaire complémentaire AP ne la dynamise plus, elle exprime une intransigeance. Sandra présente aussi une suractivation de la chaîne antéro-latérale (AL). Dans la relation, la combinaison PA/AL a tendance à suggérer le repli, la désincarnation et le refus de communiquer.

III.3. Proposition d'axes thérapeutiques

Parmi ses plus grandes difficultés, Sandra présente une grande détresse vis-à-vis de son corps, fragilisant sa confiance, son estime et sa conscience corporelle. Coupée de toute sensation d'unité corporelle, elle est terrorisée à l'idée que son corps soit différent à la fin du séjour, surtout au niveau de sa poitrine, de son ventre et de ses cuisses qui semblent mobiliser toute son activité mentale et psychique. En plus de la dysmorphophobie, elle met à distance toute affectivité liée au corps.

Le projet thérapeutique proposé a pour objectifs la stimulation sensorielle et le relâchement tonique en vue de soutenir une représentation globale et sécurisante de son corps. Les axes thérapeutiques sont :

- L'intégration du schéma corporel par un travail sensoriel sur la structure du corps en vue de décentrer l'attention au niveau du ventre et renforcer une représentation globale du corps.

- La régulation du tonus par un travail dynamique basé sur la conscience corporelle en vue d'investir des schèmes posturo-locomoteurs variés et de prendre conscience des effets du couple étirement/relâchement dans les chaînes musculaires sollicitées.
- La mise en place de stratégies de résolution de l'anxiété par un travail de relaxation en vue de travailler les ressources en soi face aux situations anxiogènes (réveils nocturnes, repas, évaluations scolaires).

Au cœur de la transition vers l'âge adulte, la fragilité des repères corporels trouble la qualité de l'investissement relationnel et affectif de l'adolescent. L'anorexie mentale, dans ses tréfonds les plus sévères, renseigne sur une fixation de la souffrance dans un corps hypertonique, anesthésié et insensible à la relation. L'hypertonie fait résistance : Sandra existe et advient par cette force interne. Elle soutient son unité corporelle qui perd de sa cohérence à mesure de l'amaigrissement. Néanmoins, l'absence de modulation tonique restreint le champ des possibles, le champ des pensables. De quels supports Sandra a-t-elle pu se saisir pour s'autoriser à éprouver le relâchement musculaire ? Quels leviers avons-nous pu mettre à l'œuvre pour soutenir un mouvement d'affirmation de sa personnalité ?

PARTIE 3 :

ACCORDAGE RELATIONNEL, REBOND PSYCHOCORPOREL

Si le temps représente l'histoire du sujet et l'espace son corps (Defiolles-Peltier, 2010), l'anorexie mentale a mis à mal la temporalité de Sandra ainsi que son inscription en tant que sujet dans un corps vidé de toute substance physique et psychique. Son corps, s'effaçant dans le réel, n'est plus en capacité de soutenir la structuration de ses pensées. Au cours des cinq semaines de prise en charge en psychomotricité, un travail de conscience corporelle a été envisagé en vue de stimuler ses propres repères corporels dans leurs dimensions tonique, spatiale et relationnelle. Ainsi, cette troisième partie propose une lecture des leviers thérapeutiques engagés avec Sandra afin de reconstruire un espace-temps solide à partir duquel elle a pu s'engager pour trouver sa place, se reconnaître et s'affirmer le temps du soin.

I. Juste présence à soi, juste distance à l'autre

I.1. De l'espace externe

Pour soutenir l'alliance thérapeutique, un travail de prise de conscience de l'espace externe s'est élaboré au fil des séances. L'objectif premier a été de s'approprier l'espace de psychomotricité comme un lieu sécurisant. L'objectif à court terme était de conscientiser et d'intégrer psychiquement les propriétés structurantes et affectives liées aux expériences faites dans cet espace.

Lors de notre premier travail corporel, Sandra prend connaissance de la salle de psychomotricité. Nous l'explorons dans ses moindres recoins pour éveiller des repères et choisir chacune une place adéquate. Les étirements mettent ensuite en action les notions d'espace intime, personnel, social. Ce temps offre à Sandra l'opportunité de créer une « bulle » au sens décrit par E.T Hall (2014) comme la distance culturelle socialement acceptée permettant d'être à l'aise dans la relation. A partir de différentes zones du corps – le regard, la tête, le thorax, les hanches et les pieds – nous nous déplaçons pour que Sandra découvre l'espace de la salle, se l'approprie et identifie son espace personnel qu'elle ajuste dans l'interaction.

Le vocabulaire spécifique aux polarités complémentaires – rapprocher/repousser, tirer/éloigner, pousser/ramener – lui sert d'appui pour faire émerger un espace extracorporel qu'elle investit dans l'éloignement et le repousser. Elle souligne dans ses mouvements libres un espace personnel élargi, d'un rayon de deux mètres environ, qui me tient à distance, et lui permet de porter son regard au-delà du mien.

Un second travail de percussions entre les éléments de la salle et nos corps fait apparaître un mouvement dynamique. L'objectif est d'associer la structure solide externe du matériel au modèle osseux interne afin de trouver un écho, une résonance et de prendre conscience de la solidité de la structure interne. Cette expérience se révèle à la fois périlleuse et surprenante. Sandra rencontre des difficultés à appliquer la force nécessaire pour faire résonner la matière. Les surfaces comme le mur en béton résonnent peu. Déstabilisée, elle cherche mon regard. Dans les macrorhythmes que sont ces moments de discontinuités et de surprise, le partage intersubjectif de son expérience soutient la reconnaissance de sa propre affectivité. Par le biais de variations toniques, l'alternance rythmique convoque un dialogue entre nous. Au croisement du temps dans ses caractéristiques d'intervalle, de pause, de silence, émerge alors l'espace de son corps, différencié du mien. Après quelques essais chaotiques, elle trouve une chaise métallique, pliée sur une rangée d'autres chaises, qui décuple la résonance acoustique. A partir de là se met en place un jeu d'appel-réponse et de communication par le biais des percussions.

Dans ses mouvements, Sandra montre le besoin d'avoir un espace personnel élargi. En repoussant l'air de ses mains et pieds, elle fait naître un espace entre nous, signifiant sa présence et affirmant sa place. Elle affectionne particulièrement un coin le long d'un mur, dans l'angle opposé aux baies vitrées. Dans le jeu d'accordage et de désaccordage, un espace relationnel apparaît. « *Ce sont bien les appuis que l'adolescent trouve dans ses relations aux autres qui vont lui permettre de s'identifier, de conflictualiser et d'élaborer ce qui se passe en lui* » (Potel, 2015, p.78). Ce travail met aussi en lumière le besoin de réassurance dans les moments de désaccordage, qu'elle exprime lors de la verbalisation. L'importance du regard pour soutenir la compréhension de ses éprouvés est capitale autant que les mots posés sur son mouvement. Je décris alors l'amplitude de ses gestes, le sens de ses déplacements dans la salle, ses préférences quant à l'utilisation de ses mains et pieds dans le repousser, tout en mettant en lumière les émotions que ses mouvements procurent. Elle se nourrit ainsi d'un

point de vue extérieur de ce qu'elle donne à voir. Attentive à mes retours, elle peut à son tour exprimer son ressenti en fin de séance : « Je crois que je me sens bien ici ».

I.2. A l'espace interne

En prenant conscience de son espace personnel, Sandra se reconnecte à des éprouvés corporels de plaisir à la base du proto-soi. Elle se reconnaît ainsi comme sujet conscient de ses états corporels dans l'instant. Par la suite, Sandra est en mesure de faire l'expérience d'un travail en binôme dans une distance relationnelle plus proche et à des niveaux de l'espace différents – au sol et assise. Dans les courts moments d'intégration des sensations et de relaxation en fin de séance, elle choisit un espace privilégié dans l'angle opposé aux baies vitrées, découvert lors du premier travail corporel.

Dans l'expérience en binôme, le dialogue tonico-émotionnel offre à Sandra un moyen d'observer et d'analyser son propre mouvement et ses états affectifs. Quand Sandra s'allonge sur le dos pour le premier temps de relaxation, elle s'installe et maintient les épaules remontées, les bras tendus contre le corps, les yeux rivés dans les miens. Sa raideur laisse présager un inconfort que j'observe également dans son regard. Après avoir passé en revue les points d'appuis et de contact avec le sol, je suggère d'adapter sa posture à tout moment si nécessaire. Elle me demande plus que poliment de passer sur le ventre.

Pendant ce travail d'intégration des sensations dans l'immobilité, je propose des percussions osseuses à l'aide de bâtons de bambou qui médiatisent le contact et stimulent la sensation vibratoire. Les percussions osseuses donnent une densité à l'espace interne et renvoient à Sandra une sensation de globalité et de solidité sur lesquelles nous reviendront ultérieurement. Elles soutiennent aussi l'intégration d'un rythme, capital pour Sandra chez qui l'anorexie a complètement désintégré les rythmes chronobiologiques. Dans l'alternance des percussions, se rejoue l'alternance éprouvée dans les soins précoces marquant le respect des rythmes faim/satiété et nuit/jour propices à la croissance. Dans la pulse des percussions, s'inscrit aussi la complémentarité des contraires qui recrée les conditions d'un vécu archaïque sécurisant. Selon la psychanalyste et danse-thérapeute, F. Schott Billman, le rythme « *peut-être éveille-t-il en chacun un rythme pulsionnel interne dans lequel il entre en résonance* » (2012, p.238). Les échanges dynamiques convoquent des états de contraction/relâchement, tension/détente, supports des fonctions symboliques de l'absence et de la présence, de plaisir

et de déplaisir à la base du proto-soi. A cet instant, Sandra se reconnecte à ses états internes de relâchement en toute sécurité et les localise notamment dans le haut du corps.

A partir du rythme relationnel, de la régularité des séances et de la répétition du dispositif de séance, Sandra se réapproprie la notion de temps. Selon C. Potel (2010), le temps est un organisateur fondamental dans le développement psychomoteur car il inscrit dans le réel du corps un vécu sensoriel et cognitif. Il soutient ainsi une conscience de soi stable et cohérente, permettant de préparer aussi le temps après l'hospitalisation. Sandra se confronte à l'idée de réintégrer un temps social et familial à court terme et de reprendre une place dans l'histoire collective.

I.3. Des aller-retours pour habiter son corps

En retrouvant la notion de polarité dans le rythme externe des percussions, Sandra se saisit de sa tonicité. A partir de ses composantes physiologique, mécanique et émotionnelle, la tonicité met l'individu en rapport avec son espace interne et l'espace externe. « *C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain* » (Robert-Ouvray, 2004, p.43). De cette manière, dans le rythme et le travail avec la matière extérieure, Sandra connecte le solide en elle avec la solidité des murs, du sol, des chaises. En faisant des aller-retours entre l'espace de son corps et son environnement, elle accède à la notion de densification du corps. A défaut d'avoir pu intégrer les kilos gagnés, elle prend néanmoins conscience de ses capacités à peser dans la relation, sur lesquelles nous reviendront ultérieurement.

Par le rythme, advient le tiers, l'autre, la troisième dimension qui manque à Sandra pour s'ancrer dans un nouvel espace-temps. Ce premier dispositif a permis l'expérience de la profondeur au sens spatial du terme. Dans cette triangulation entre nos deux corps et le matériel environnant, Sandra prend conscience par la matière de la tridimensionnalité de l'espace corporel. Au cours de la dernière séance, la sensation de chaleur traversant l'immense baie vitrée croise et s'articule avec les vibrations en provenance de l'intérieur de son corps pour faire apparaître un thorax épais, solide et tridimensionnel. A l'image du « Wahou ! » émis à cet instant, Sandra s'est laissée surprendre par sa capacité à percevoir son corps différemment. Ainsi, en partant du postulat que l'expérience du corps est au fondement

de la conscience de soi, il semble nécessaire qu'un travail autour de la sensorialité profonde et du tonus accompagne le travail d'appropriation de l'espace.

II. Nourrissage sensoriel de l'unité corporelle

II.1. Stimulation des sens proprioceptif et kinesthésique

Dès la première rencontre avec Sandra, je suis captivée par l'intensité de son regard. Elle s'agrippe à la moindre de mes saccades, même lorsque mon regard se tourne inconsciemment vers la bibliothèque quand je cherche mes mots. Quand elle pointe les parties de son corps pour les nommer, son regard ne se tourne pas vers elle, il reste plongé dans le mien. Elle désinvestit le regard périphérique qui lui aurait permis d'explorer la salle à distance. Branchée sur la vision focale, elle est figée dans une posture aux aguets. A partir de ces deux modalités sensorielles – hypertonie posturale et vision focale – Sandra accède à la qualité de ses propres sensations par le biais de la relation. « Je suis coupée de ce que je ressens », affirme-t-elle.

Cette carapace tonique fait barrage à ses sensations les plus profondes telles que celles en provenance des sens proprioceptif et kinesthésique. Les yeux fermés, elle ne peut pas reproduire adéquatement de posture ou même décrire sa propre posture. Sans ce canal visuel, Sandra ne peut décrypter les informations de son espace interne et de son tact en particulier. La rupture avec le canal visuel la plonge dans un vide abyssal, certainement celui de son estomac qui mobilise ses pensées et son attention à la moindre sensation. Les influx sensoriels en provenance de la sensibilité profonde, de la vision et du tact ne se coordonnent pas pour reproduire une posture à l'identique. A partir de la définition de la proprioception, « *système sensoriel qui résulte de la coopération des capteurs proprioceptifs [...] et les récepteurs cutanés, la vue les afférences cervicales, le système vestibulaire et les afférences psycho-émotionnelles* » (Scialom & al., 2011a), nous pouvons penser qu'un défaut de coordination ne permet pas à Sandra de se constituer une représentation stable et cohérente de soi dans l'instant présent.

Tout au long de notre travail, l'objectif de l'éveil corporel a été de réinscrire un moment de contact avec des sensations internes profondes. A défaut d'avoir pu contacter la masse

musculaire peu présente et la peau qui aurait été trop intrusif émotionnellement, le sens proprioceptif a été éveillé.

Lors des séries d'étirements, la stimulation des capteurs profonds au niveau des tendons, des ligaments et des fascias induit la création de chaleur au niveau articulaire. Sandra prend conscience de la sensation qui se diffuse au niveau du muscle et de la chaîne musculaire dans laquelle il s'inscrit. Elle pointe le plaisir dans le relâchement dans le haut du corps principalement. B. Lesage (2012) met en évidence l'importance des systèmes articulaires dans leur fonction anatomique de mise en relation, qui impacte de manière intégrative l'ensemble du système musculaire. Ainsi, par le mouvement, la modulation tonique et la proprioception se construit une forme de contact avec soi-même.

« J'aime beaucoup les étirements, je me souvenais plus que ça pouvait me faire du bien ». A la fin de la première séance, Sandra met en perspective cette relance sensorielle avec un vécu corporel en lien avec la danse. Une patiente, rencontrée sur la même période, avait réussi après plusieurs mois de travail à reprendre les étirements au-delà de la séance de psychomotricité, notamment dès le réveil. « Je me sens vivante », disait-elle. Par la régularité de l'éveil corporel en début de séance, Sandra réinscrit son corps du côté du mouvement, du vivant, ce qui l'ancre organiquement dans son histoire corporelle. Par ailleurs, les mots posés en fin de séance visent à recontextualiser les émotions ressenties par Sandra entre les séances et au cours de la séance. Cette élaboration met en perspective ses avancées à travers le processus de soin, dans une temporalité ajustée à ses éprouvés corporels.

II.2. Réinscription du schéma corporel

Le travail d'éveil corporel avait également pour objectif d'apporter de la matière pour faire l'expérience du corps dans des référentiels variés au niveau des plans de l'espace ainsi qu'au niveau des chaînes musculaires sollicitées.

Dans le mouvement libre, Sandra explore de préférence les plans sagittal et frontal. Les flexions des articulations sont majoritairement présentes. Elle suit mes indications qui précisent le point de départ du mouvement et alternent les couples poignets/chevilles, coudes/genoux et épaules/hanches. La direction du mouvement est linéaire. Elle fait des va et vient entre la fenêtre et la cloison séparant la moitié de la salle. Elle imite volontiers mes mouvements au départ, sauf dans le plan transversal. La rotation des ceintures est peu

explorée, tout comme les niveaux de l'espace. Elle évite de descendre vers le sol. Dans les moments où son regard se perd vers l'extérieur, elle se détache de mes propositions et se dessinent alors des pliés, un port de bras, un dégagé, de courts enchainements de danse classique. Ces schèmes moteurs automatisés par l'apprentissage lui apportent un cadre pour exprimer fugacement sa créativité. Alors qu'elle refuse l'épreuve du dessin du bonhomme en argumentant qu'elle n'aime pas dessiner, par le mouvement Sandra fait une révérence à son potentiel créatif.

Son investissement tonico-musculaire s'observe principalement dans la chaîne musculaire de l'extension axiale (PA). La contraction du long du cou implique une tenue de tête et un effacement des courbures de la colonne. Cela fait écho à une modalité posturale valorisée et travaillée en danse classique. Elle investit également la chaîne de rotation interne (AL) qui encourage une fermeture des ceintures vers l'axe. Ce mouvement ambivalent autour de l'axe semble lutter contre une nécessité de tenir, de faire face, d'avancer et le besoin d'enroulement, de retour à soi, d'intériorité. L'exploration des postures de yoga favorisant les chaînes musculaires complémentaires comme PM, AP et PL stimule de nouvelles relations musculo-squelettiques vis-à-vis de son axe corporel. Sandra fait l'expérience de la recherche de l'équilibre dans de nouvelles postures. En l'autonomisant sur sa capacité à repérer en elle les indices de plaisir dans le maintien postural, Sandra se reconnecte à de nouveaux repères : l'appui talonnier qui nécessite l'ancrage dans la posture de la montagne en PM, les doigts écartés visant le sol qui soutiennent l'ouverture des épaules, l'appui du regard pour soutenir l'enroulement et le déroulement de sa colonne, et sa respiration qui rythme le passage entre les postures. Ce jeu postural a pour vocation d'amener progressivement Sandra vers le sol pour s'y allonger et reprendre, dans ce référentiel, des étirements sur la base de tension/détente et centre/périphérie. En stimulant ainsi de nouvelles afférences kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, tactiles, Sandra repère en elle un cadre spatial de référence moins figé. Elle présente d'ailleurs de meilleures capacités de relâchement, comme si le sol lui offrait un retour sensoriel sécurisant lui permettant de se sentir suffisamment portée pour se relâcher.

En raison de la nécessité de porter attention à mes mouvements, Sandra a besoin d'être nourrie par l'imitation. La guidance descriptive et sensorielle n'est pas suffisante, elle a besoin de faire comme moi, même allongée, pour explorer de nouveaux repères. Un travail

plus approfondi sur l'identification d'appuis internes solides et stables est envisageable à moyen terme.

II.3. Limites à l'intégration du schéma corporel

Malgré une attention de qualité dans la mise en mouvement, Sandra sollicite peu la chaîne musculaire du rebond qui soutient les capacités à repousser le sol et nécessite donc un ancrage postural dense. Au cours du bilan psychomoteur, Sandra ne peut résister à la poussée à partir des épaules. Elle se désorganise complètement, son réajustement postural est précaire : au lieu de fléchir les genoux pour chercher l'ancrage, elle trouve des appuis vers le haut en montant sur ses pointes de pieds. Par ailleurs, la musculature abdominale n'est pas sollicitée : pour maintenir son axialité, elle se penche vers moi à la recherche d'appuis externes.

En choisissant de travailler les allers-retours entre la chaîne de l'extension (PA) et celle de l'enroulement (AL-AM), la chaîne du rebond (AP) est sollicitée pour sa dynamique intégratrice des autres chaînes opposées. Selon B. Lesage (2012), la chaîne AP procure également un sentiment de sécurité qui s'observe dans sa dimension rythmique : le rebond apporte un jeu harmonieux entre l'appui et le repousser. Son activation apporte de la souplesse dans la posture et *in fine* soutient les capacités d'ajustement relationnel.

Néanmoins, Sandra éprouve des difficultés à investir cette chaîne : ses genoux sont toujours verrouillés au cours de l'éveil corporel et les étirements favorisant la torsion et l'ouverture thoracique sont abordés avec appréhension. Les freins rencontrés peuvent s'observer d'un point de vue physiologique et psychique.

Sur le plan physiologique, le muscle droit antérieur du quadriceps est le fief de cette chaîne. Sa contraction permet de lutter contre la gravité. Chez Sandra, la fonte musculaire dans le bas du corps est considérable. Une prise pondérale et musculaire est certainement nécessaire pour que physiquement elle puisse ressentir la puissance musculaire du portage et la résistance antigravitaire dans le bas du corps.

Sur le plan psychique, les sensations en provenance des cuisses sont soumises à une dysmorphophobie intense, et celles venant des mollets sont difficilement discriminables, comme évoqué dans l'épreuve de la silhouette. Ce couple saturation/absence sensorielle dans le bas du corps la coupe en deux blocs distincts : un haut du corps suspendu et un bas du

corps engourdi à l'image des vaguelettes dessinées sur ses mollets. Par ailleurs, elle est en capacité de nommer un relâchement dans le haut du corps, ce qui lui est encore impossible dans le bas du corps. Finalement, en stimulant les sensations au niveau des appuis plantaires avec les bâtons de bambou, Sandra verbalise les impressions toniques et vibratoires de la chaîne du rebond. Un travail à long terme pourrait être recommandé via une médiation par le toucher à laquelle elle est sensible, ainsi qu'un travail autour de la prise de conscience de la ceinture pelvienne reliant le haut et le bas du corps.

III. Prémices d'une reconnexion aux affects

III.1. Passage par la matière structurante du corps

« La maladie m'empêche de tout ressentir ». Sandra est dans l'incapacité à discriminer ses sensations et pointe la responsabilité de la maladie. Bien qu'elle s'inquiète des répercussions corporelles de la prise de poids, elle ne montre pas de déni massif face à sa maigreur. Ses représentations corporelles ne sont pas fiables mais elle désire dépasser sa dysmorphophobie pour se sentir « normale », adjectif qu'elle utilise en entretien médical pour exprimer son ressenti au retour des séances de psychomotricité.

Dans l'optique de soutenir une unité corporelle sécurisante et de diminuer l'anxiété face aux répercussions pondérales, nous travaillons sur la structure du corps, notamment la structure osseuse et ses propriétés vibratoires.

Premièrement, en miroir à mes propositions, Sandra explore seule la sensation et la pulsation de la percussion. J'utilise un registre lexical autour de la structuration, des appuis, du soutien. Prendre contact avec sa propre matière et en saisir les sensations ne semble pas aisé. Son regard se perd au loin ou se fixe sur les détails de la salle. Comme elle le verbalise, elle se déconnecte de l'expérience car ses pensées reprennent le dessus. Surtout lorsqu'elle évite les parties du corps délicates comme les cuisses, l'attention portée à son intériorité régresse. Par ailleurs, elle recrute avec difficulté la force nécessaire dans le poing et le geste pour contacter l'os et éviter d'effleurer la peau. Quand elle plonge dans ses pensées, son poing lévite sur les bords de ses vêtements.

C'est pourquoi, dans un deuxième temps, l'expérience est réitérée en binôme. Par des percussions, l'objectif est de matérialiser les directions des structures osseuses à l'arrière du corps, en excluant les cuisses. En utilisant un registre lexical autour de la connexion entre le haut et le bas de corps, la droite et la gauche, Sandra se représente son corps comme un référentiel spatial. Selon S. Robert-Ouvray (2004), la dynamique d'axialité et de symétrie est le fondement de l'ordre dans le corps et soutient la création de l'image de soi.

Ce temps médiatisé par les bâtons de bambou inscrit la sensation solide et le rythme dans une dimension relationnelle en vue de faciliter l'accès à son intériorité. Sandra garde les yeux ouverts, allongée comme assise, ce qui souligne une difficulté à rompre avec ce canal. En revanche, elle est en meilleure capacité pour faire des liens *a posteriori* autour du relâchement du cou, de la tête et de la résonance des vibrations dans la chaîne AP et à l'avant du thorax.

A noter que le travail de conscience corporelle est un cheminement, à l'instar de celui de relaxation. Il nécessite un sentiment d'unité corporelle stable et sécurisant pour accéder à la sensation et/ou à la détente de manière autonome, même dans un travail guidé. En gardant les yeux ouverts, Sandra indique la nécessité d'avoir des appuis externes pour se rassurer et se confronter à cette toute nouvelle expérience.

III.2. Nuance tonique et relance psychomotrice

Un adolescent rencontré sur la même période m'a stupéfié par son aplomb et sa mise à distance émotionnelle en affirmant en entretien : « Je suis là pour un TCA et une émétophobie* ». Ce langage aseptisé semble écarter toute affectivité liée à la maladie. D'un côté, la maladie s'incarne dans une identité propre. Elle manipule les pensées et les actes de ces adolescents. D'un autre côté, elle participe à la personnalité de l'adolescent. Se défaire de la maladie s'avère alors douloureux car le processus implique de se délester d'une part de leur identité révélée par des traits de caractère, pour lesquels ils sont valorisés comme la performance, la maîtrise de soi, le contrôle émotionnel, la maturité affective. Ainsi, de manière paradoxale, l'anorexie mentale soutient la construction identitaire de ces adolescents. Néanmoins, si le temps développemental est figé par la restriction alimentaire, leur identité l'est aussi. Les réponses défensives expriment un besoin d'étayage pour réinsuffler d'autres moyens et sources identificatoires pour construire leur personnalité.

Sandra exprime ses émotions du jour avec la même mise à distance qu'elle cache derrière un visage « lisse ». Seulement lorsque les questions sont posées au moment opportun dans une forme adéquate, elle est en mesure d'exprimer sa colère contre les médecins, son envie de mettre un terme à l'hospitalisation et ses craintes face au poids. A partir de cette réflexion, un travail de tissage entre le tonus, les sensations, les affects et les représentations s'est élaboré en vue de redynamiser l'unité psychomotrice et « *faire disparaître par intégration le hiatus psychomoteur* » (Robert-Ouvray, 2004, p.68). Chez Sandra, le hiatus s'observe dans l'arrêt de la symbolisation du corps propre, sur lequel il était difficile de mettre des mots ou des formes. « Je sais pas quoi faire », a-t-elle verbalisé à l'épreuve de la silhouette. Le résultat¹² met en évidence la pauvreté de ses capacités de symbolisation et de créativité, bien que ce travail ait permis d'évoquer des ressentis fortement clivés.

Avec Sandra, le projet thérapeutique ne s'est pas déroulé à un niveau régressif, archaïque, mais à un niveau de relance des polarités dans le moment présent. « *Les thérapies psychomotrices proposent non seulement une expérience à vivre en tant que telle, mais cherchent à augurer des changements profonds, des remaniements psychiques internes* » (Potel, 2015, p.86). Ainsi, l'éveil corporel a été pensé à partir du schème centre-périphérie, schème de base à partir duquel l'enfant découvre le monde. Dans le déroulement de l'axe vertébral, il marque l'exploration de l'environnement et la décentration qui permet d'investir l'espace. Dans l'enroulement, il manifeste un retour vers soi, une centration pour intégrer les sensations proprioceptives et les variations toniques en jeu. A partir de ce schème connu, automatisé, intériorisé, Sandra reconnaît son espace personnel, mais aussi se décentre de la sensation prédominante au niveau de son ventre « gonflé ». En travaillant sur la reconnaissance des états toniques dans le reste du corps en début de séance, Sandra se saisit de sa qualité de présence dans le moment et reconnecte avec sa propre tonicité.

Toutefois, elle exprime à chaque séance que les pensées l'envahissent, notamment celle de quitter l'hôpital le plus vite possible pour retrouver ses proches. Elle pointe ici sa difficulté à penser le moment présent et à réaliser l'urgence des soins. Dans les moments de relaxation en binôme, elle accède à une forme de relâchement dans laquelle advient une sensation d'unité corporelle. Les prémices de sa tridimensionnalité sont évoqués lors de la dernière séance, où elle met des mots sur l'espace de son buste enveloppé de chaleur alors que je passe des

¹² Cf. infra, Annexe A p. I

percussions au lissage. Elle est touchée par le contact de la peau. Ce moment fugace et fragile souligne une capacité à éprouver par le tact et se laisser toucher émotionnellement par ce sens.

Finalement, le travail d'identification des sensations a permis à Sandra de clarifier les émotions éprouvées ou mises à distance durant les séances, et de s'extraire un instant du « magma sensitif ou émotif » nécessaire à la réappropriation de son vécu corporel (Gaucher-Hamoudi et al., 2011).

III.3. S'affirmer dans la relation

« J'ai tout aimé ! », répond Sandra en début de séance à la question sur ce qu'elle aimerait reprendre le jour même. Il lui est difficile d'exprimer son point de vue sans y être invité par des questions précises ou par le travail corporel. Elle a tendance à rester diplomate, voire à se complaire dans mes propositions et dans mes attentes.

Tout au long de notre travail, son point de vue et la singularité de ses ressentis se sont révélés dans la relation. En séance, elle s'exprime sur les moments délicats qui l'empêchent de faire des percussions sur ses cuisses. Elle s'interroge sur sa posture en relaxation pour être dans une qualité de présence plus juste. Dans les temps informels, lorsque nous remontons vers sa chambre, ses défenses toniques se relâchent, sa carapace cognitive s'efface au profit d'une réflexion sur l'avenir.

Après notre dernière séance, elle se poste quelques instants devant les grandes baies vitrées du hall de l'escalier : « J'ai tellement envie de sortir, de reprendre une vie normale ». Dans ce moment suspendu, entre deux étages, entre deux espaces, nous échangeons sur ses efforts, sa ténacité et sa motivation. Nous envisageons la sortie en évoquant la reprise de ses activités préférées avec ses amies. Elle se projette de manière positive dans un futur proche, celui de la sortie. Pour toute l'équipe soignante, sa sortie arrive à toute à l'allure, mais pour Sandra, elle paraît à des années lumières. L'opposition entre la temporalité de l'équipe et celle de l'adolescent hospitalisé résonne par ailleurs avec l'ambivalence des patients anorexiques qui luttent contre cette injonction d'un corps qui mature plus rapidement que prévu. L'envie de grandir pour s'autonomiser et s'affranchir des contraintes parentales ou médicales est tout aussi forte que le désinvestissement des transformations corporelles à l'origine de ce mouvement vers l'émancipation. Une patiente rencontrée avant Sandra avait formulé cette

ambivalence avec tact : « J'ai envie de grandir mais j'ai pas envie de grossir ». Elle exprimait par ailleurs, à chaque occasion possible, l'incapacité des médecins à la soigner et son envie irrépressible de quitter l'hôpital. Ses propos étaient ponctués d'une marque d'affection pour le travail en psychomotricité, d'un besoin de faire plaisir à l'autre et d'une absence de modulation : « J'aimerais rester ici [en séance de psychomotricité] toute la journée ! ».

Pour soutenir Sandra dans l'affirmation de son identité, toutes les occasions ont été valorisées. Alors que je vais la chercher pour notre troisième séance, une infirmière m'interpelle pour me demander si la stagiaire infirmière qui la suit peut assister à notre séance. Sandra et moi sommes alors prises au dépourvu, cela me semble totalement inadéquat compte tenu de la fragilité de Sandra mais je n'assume pas le fait de prendre cette décision en tant que stagiaire. Je me déresponsabilise en répondant poliment que je ne peux pas prendre maintenant la décision sans l'aval de la psychomotricienne. Nous reprenons notre marche vers la salle de psychomotricité mais je suis mal à l'aise avec ma réponse. A l'entrée de la salle, Sandra m'annonce : « Je pense que je ne pourrais pas parler de mon corps, de tout ça, en sa présence ». Dans son affirmation, notre tension commune s'envole avec ses mots.

A partir de cette occasion, l'espace de psychomotricité est identifié comme un lieu sûr pour Sandra, au sein duquel un travail de réappropriation de son corps, engageant et certainement douloureux peut s'initier. Le temps n'a vraisemblablement pas été suffisant, en revanche, l'espace de psychomotricité dans cette institution a soutenu une réelle envie d'explorer des repères en soi pour s'affirmer dans la relation et investir son corps dans une autre perspective que l'anorexie.

CONCLUSION

Au-delà de la prise pondérale, cette hospitalisation courte et spécifique a soutenu la remise en route d'un processus de soin chez Sandra. Elle a pu à nouveau faire confiance, s'engager corporellement et mettre des mots sur ses difficultés. Le cadre hospitalier lui a offert de nouveaux repères, l'a ancré dans une temporalité collective et a stimulé sa créativité dans divers champs culturels.

Le projet thérapeutique en psychomotricité a permis d'initier un travail sur la matière du corps, sa structure, sa tangibilité, son universalité. Sandra a pu faire la rencontre de son corps réel qui l'a tant surprise et rassurée, renouant ainsi avec un sentiment de « normalité ». En explorant ses appuis internes, elle a pris conscience de ses ressentis dans l'instant. Le jeu relationnel s'est joué à deux niveaux : interpersonnel et articuloire. Par les étirements et les percussions, le réveil articuloire a laissé émerger des espaces internes dynamiques qui lient et relie le corps dans une unité sécurisante, chaleureuse et stable. Par les émotions, l'accordage et le rythme, ses potentialités relationnelles ont pu apparaître, laissant place à des mises en forme corporelles et à des mots, sur lesquels Sandra a pu s'appuyer pour affirmer son point de vue.

En raison de la durée de son séjour et du motif d'hospitalisation, il a semblé nécessaire d'opter pour des leviers thérapeutiques visant le « nourrissage » sensoriel. A partir de la structure osseuse et de la modulation tonique, nous avons tenté d'articuler les perceptions kinesthésiques et proprioceptives qui portent dans la matière du corps la conscience de soi. Cette première étape de soin a permis de restimuler des repères corporels connus. En éveillant ses sensations autour de la solidité et de la vibration, le relâchement tonique a pu apparaître et laisser advenir, de manière certes fugace, un sentiment d'unité corporelle. Dans l'imitation, le nourrissage sensoriel et les verbalisations a émergé un espace relationnel de confiance, sur lequel elle a pu s'appuyer pour réinvestir une relation à son propre corps. Dans l'expérience corporelle proposée en psychomotricité, Sandra s'est laissée surprendre par sa capacité à entrer en relation, à reconnaître son espace personnel, et à s'extraire momentanément de la fixité contrainte par la maladie.

Toutefois, le besoin de rechercher physiquement et psychiquement des appuis externes, par le regard notamment, montre encore sa fragilité dans la confiance qu'elle peut accorder aux signaux en provenance de son monde interne, sensible et fragilisé par l'anorexie mentale. Il a

semblé nécessaire d'adapter une posture soignante impliquant une juste présence et un espace relationnel sécurisant, à partir desquelles Sandra a pu s'ouvrir à l'exploration de nouvelles sensations. Par ailleurs, il a été nécessaire de médiatiser le toucher compte tenu des informations connues quant à son agression sexuelle. Même si cet événement traumatisant n'a pas été évoqué en séance de psychomotricité, il a été primordial de le considérer. Ce travail sur l'espace personnel et sur l'affirmation de son point de vue a aussi été nécessaire afin d'éviter un sentiment d'intrusion de son espace corporel et un sentiment de défiance vis-à-vis des soignants/adultes.

L'anorexie mentale peut englober toute la période développementale de l'adolescence et laisser des séquelles dans la vie d'adulte. Le processus vers la rémission s'étend sur plusieurs mois, voire années. Pour affronter un corps meurtri et malmené, le travail en psychomotricité exige de la part de l'adolescent anorexique une motivation et une confiance dans le projet thérapeutique. Il va également de pair avec un travail multidisciplinaire sur le long terme nécessaire en vue d'accepter et d'incarner l'ensemble des transformations psychiques et corporelles liées au processus adolescent. La continuité des soins est donc capitale pour soutenir la relance psychocorporelle chez les adolescents hospitalisés en séjour court. Nombreux semble confondre la volonté de « s'en sortir » avec celle de sortir de l'espace hospitalier. Finalement, un travail en psychomotricité sur l'espace du corps et ses matières structurantes et contenant peut s'adapter auprès d'adolescents présentant des difficultés de régulation tonico-émotionnelle ou d'intégration du schéma corporel, notamment dans le cadre d'un trouble des apprentissages ou d'un trouble anxieux généralisé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- Auzias, M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 46(1), 93-99. <https://doi.org/10.3406/enfan.1993.2047>
- Benoit, J.-P., & Moro, M. R. (2009). Anorexie et boulimie de l'adolescente : Prise en charge ambulatoire et hospitalière à la Maison des adolescents du CHU Cochin à Paris. *Journal français de psychiatrie*, 33(2), 22. <https://doi.org/10.3917/jfp.033.0022>
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003>
- Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 31(3), 113-145. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.04.004>
- Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), & Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France). (2014). *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. Presses universitaires François-Rabelais.
- Combe, C., Morasz, L., Ostermann, G., & Agenda Dunod. (2009). *Soigner l'anorexie*. Dunod.
- Corcos, M. (2005). *Le corps insoumis : Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Dunod.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2016). Hormonal Factors and Disturbances in Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(7), 65. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0701-6>

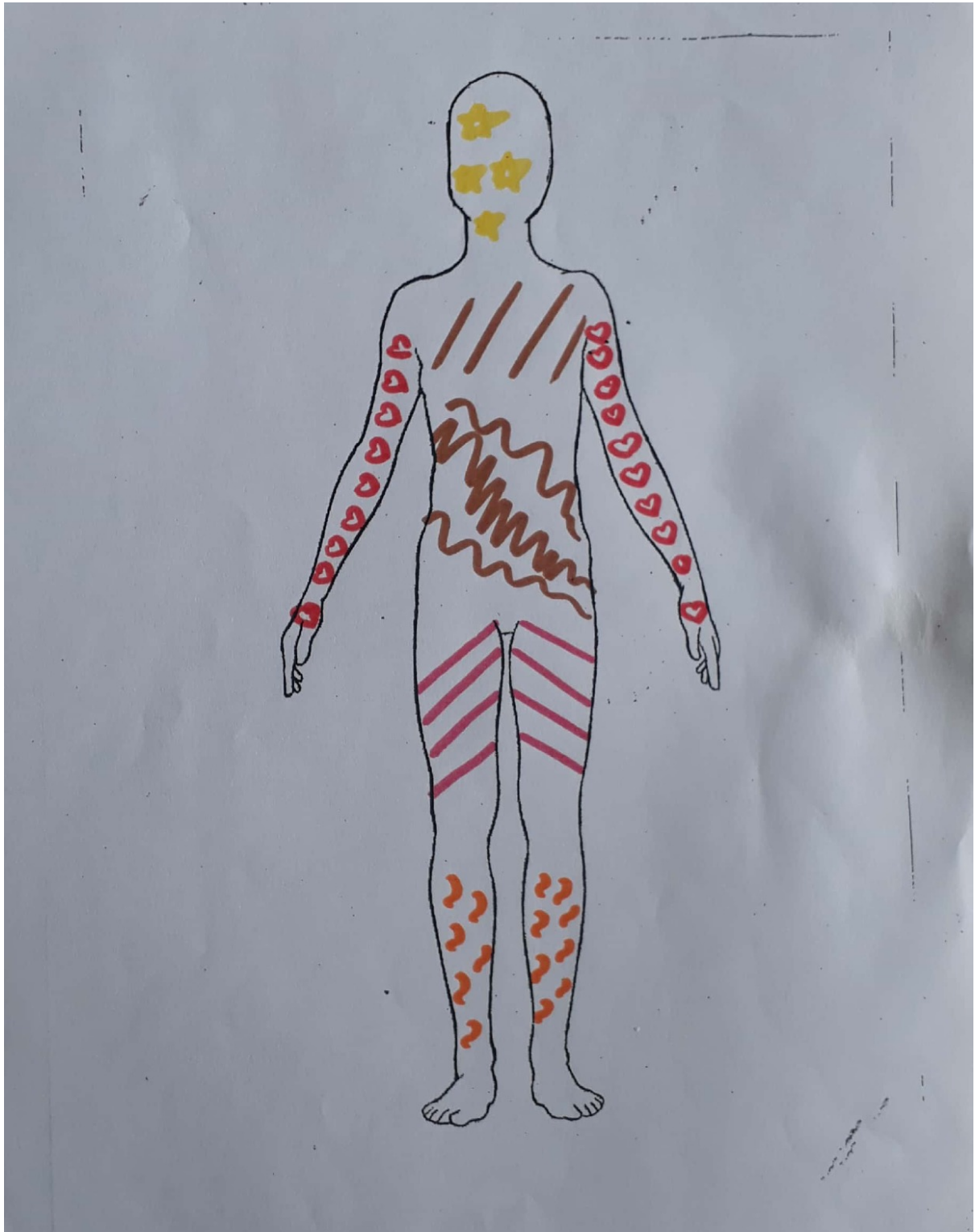
- Damasio, A. R. (2010). *L'autre moi-même les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. O. Jacob.
- de Luca, A. (2019). Besoins nutritionnels de l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 32(4), 171-180. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2019.06.001>
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Vernazobres-Grego.
- Galliano, A-C., S., Pavot, C., Potel, C. (2011a). L'espace et le temps. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux* (pp.247-285). De Boeck Supérieur.
- Gaucher-Hamoudi, O., Carrot, G., & Faury, T. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité*. HdF, Heures de France.
- Gros, G. (2010). Philippe Ariès : Naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance. *Histoire de l'éducation*, 125, 49-72. <https://doi.org/10.4000/histoire-education.2109>
- Hall, E. T. (2014). *La dimension cachée*. Points.
- Haute Autorité de Santé (2010, juin). Anorexie mentale : prise en charge. HAS. Consulté le 7 mai sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf.
- Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*, 18(5), 579-588. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032>
- Jeammet, P. (2016). *Anorexie boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Libr. Arthème Fayard.
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels : The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110-120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003>

- Le Breton, D. (2005). La scène adolescente : Les signes d'identité. *Adolescence*, 53(3), 587.
<https://doi.org/10.3917/ado.053.0587>
- Lefèvre, A. (2011). *100% Winnicott*. Eyrolles.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*. Érès.
- Marcelli, D., Braconnier, A., Tandonnet, L. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129.
- Martinez, G., Cook-Darzens, S., Chaste, P., Mouren, M.-C., & Doyen, C. (2014). L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : Nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques. *L'Encéphale*, 40(2), 160-167.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.004>
- Morin, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : Neurologie et psychanalyse*. Érès.
- Morin, E. (1969). Culture adolescente et révolte étudiante. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 24(3), 765-776. <https://doi.org/10.3406/ahess.1969.422094>
- Moro, M.-R. (Éd.). (2013). *Troubles à l'adolescence dans un monde en changement comprendre et soigner*. A. Colin.
- Paumel, C. (2012). Les thérapeutiques psychomotrices à l'épreuve de l'adolescence. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 170, 14-27.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Numilog.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Potel, C. (2015). *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*. Érès.

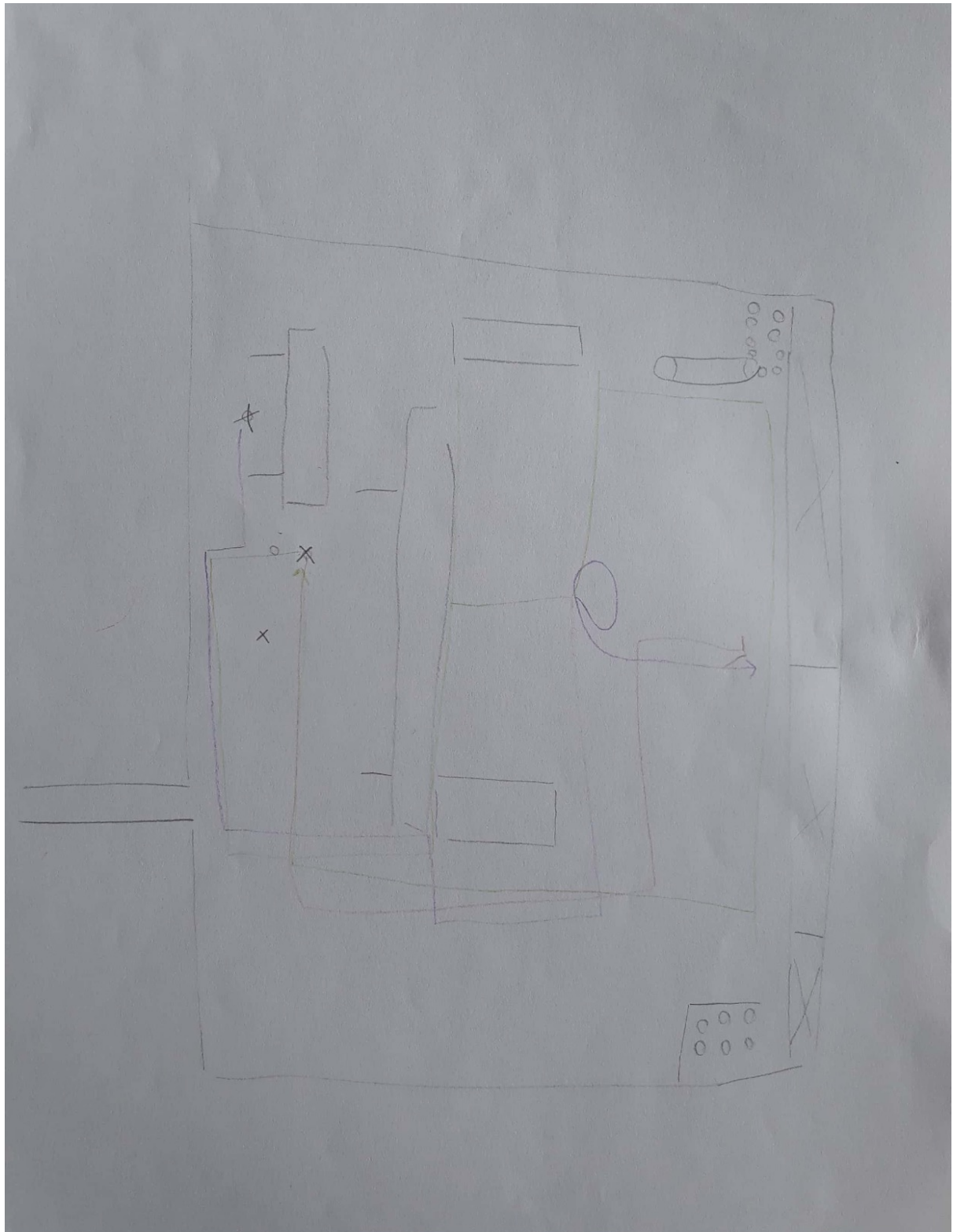
- Ramoz, N., Gorwood, P. (2016). Apport des neurosciences dans les troubles du comportement alimentaire. Dans Doyen, C., & Criquillion-Doulet, S. *Anorexie, boulimie : Nouveaux concepts, nouvelles approches (pp. 151-158)*. Lavoisier.
- Rivière, J. (2002). *Le développement psychomoteur du jeune enfant idées neuves et approches actuelles*. Solal éd.
- Robert-Ouvray, S. B. (2004). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., Servant-Laval, A. (2011b). Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 1. Concepts fondamentaux (pp.161-200)*. De Boeck Supérieur.
- Schott-Billmann, F. (2012). *Quand la danse guérit*. Courrier du Livre.
- Tric, L., Agman, G., Tran, D., Godart, N., Benmansour, E. L., & Lamer, C. (2004). Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation. *Réanimation, 13(6-7)*, 407-416.
<https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2004.06.004>
- Vierling, V., Etori, S., Valenti, L., Lesage, M., Pigeyre, M., Dodin, V., Cottencin, O., & Guardia, D. (2015). Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. *La Presse Médicale, 44(11)*, e341-e352. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.04.039>
- Wallon, H. (1941). *L'évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin.
- Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant : Les préludes du sentiment de personnalité*. Presses Universitaires de France.
- Wallon, H. (1963). Les étapes de la personnalité chez l'enfant. *Enfance, 16(1)*, 73-78.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1963.2312>

ANNEXES

Annexe A : Épreuve de remplissage de la silhouette



Annexe B : Reproduction spatiale de la salle de psychomotricité et épreuves des trajets de Marthe Vyl



GLOSSAIRE

Acrocyanose

Les doigts ou les orteils sont en permanence froids et ils peuvent enfler. Contrairement au syndrome de Raynaud, la cyanose persiste et n'est pas facilement réversible, il n'y a pas de trouble trophique ou d'ulcère, ni de douleur.

Amyotrophie

Atrophie musculaire entraînant une perte de la motilité, des réflexes, voire une parésie.

Bigorexie

Besoin irrépressible et compulsif de pratiquer régulièrement et intensivement une ou plusieurs activités physiques et sportives en vue d'obtenir des gratifications immédiates et ce malgré des conséquences négatives à long terme sur la santé physique, psychologique et sociale.

Bradycardie

Ralentissement du rythme cardiaque.

Dysmorphophobie

Se caractérise par une préoccupation concernant la perception de sa propre apparence physique. La préoccupation provoque des souffrances ou des perturbations importantes de la vie sociale, professionnelle, scolaire ou dans d'autres domaines de fonctionnement.

Élagage synaptique

Fonction prenant place au moment du développement post-natal cérébral précoce qui consiste à supprimer les synapses les moins efficaces pour permettre un meilleur développement des synapses parfaitement fonctionnelles.

Émétophobie

Anxiété intense et irrationnelle de vomir.

Hypertrichose

Augmentation généralisée ou localisée de la quantité de poils sur le corps.

Hypotension orthostatique

Baisse excessive de la pression artérielle lors d'un transfert vers la position debout. Les symptômes de faiblesse, d'étourdissement, de vertige, de confusion, ou de vision troublée se produisent en quelques secondes à quelques minutes en position debout et se résolvent rapidement en position couchée.

Hypokaliémie

Déficit des stocks de calcium intracellulaire dû notamment à la prise excessive de laxatifs chez le patient anorexique. Entraîne une faiblesse musculaire et peut conduire à une paralysie et à une défaillance respiratoire.

Indice de Masse Corporelle (IMC)

Correspond au poids de la personne, en kilogrammes, divisé par le carré de sa taille, en mètres.

Lanugo

Duvet de poils longs non pigmentés, souples et fins qui se développe sur le corps du fœtus et que l'on retrouve en cas d'hypertrichose chez le patient anorexique au niveau du dos, du visage et du ventre.

Lipothymie

Perte de connaissance brève et partielle associée à une perte du tonus postural, spontanément résolutive. Se distingue de la syncope où la perte de connaissance est complète.

Mérycisme

Acte involontaire et incontrôlable de rappeler à la bouche les aliments venant d'être avalés.

Myélinisation

Formation d'une gaine de myéline autour des fibres nerveuses pendant le développement du système nerveux permettant d'augmenter la transmission de l'influx nerveux.

Orthorexie

Trouble du comportement alimentaire qui consiste en une obsession de l'alimentation saine.

Ostéoporose

Maladie osseuse métabolique progressive qui diminue la densité osseuse avec détérioration de l'architecture osseuse. Entraîne des fractures causées par des traumatismes mineurs.

Pression artérielle systolique

Pression artérielle mesurée lors de la contraction du cœur. Permet de diagnostiquer une hypertension artérielle.

Sonde naso-gastrique

Technique médicale permettant d'administrer des éléments nutritifs. La sonde alimentaire passe par les voies aériennes supérieures puis par le tube digestif pour rejoindre l'estomac.

Syndrome de Raynaud

Spasme vasculaire localisé à un ou plusieurs doigts de la main en réponse au froid ou à un stress émotionnel, entraînant une gêne réversible et des modifications de couleur des téguments (pâleur, cyanose, érythème ou leur association).

Syndrome de renutrition inapproprié

Ensemble des anomalies biologiques et cliniques qui surviennent lors de la renutrition de patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé. Entraîne des complications somatiques sévères.

Syndrome occlusif

Arrêt complet du transit intestinal.

Tachycardie

Augmentation du rythme cardiaque.

Sitographie relative au glossaire (consultés le 07 mai 2020)

<https://www.cnrtl.fr/>

<http://msdmanuals.com/fr/professional/>

<https://www.cen-neurologie.fr/>

<https://www.ifac-addictions.fr/les-dependances-sportives.html>

Résumé

L'anorexie mentale fait barrage aux processus développementaux engagés à l'adolescence. Elle stoppe la croissance, freine la puberté et suspend la vie cognitive et psychique qui s'étouffe dans des pensées obsédantes autour du poids. Elle fige l'adolescent dans une identité désincarnée, le coupant d'une vie relationnelle riche en cette période. Dans les cas d'anorexie mentale sévère, l'association de troubles psychiatriques et somatiques implique une prise en charge multidisciplinaire au plus près des besoins de l'adolescent.

La thérapie psychomotrice joue un rôle pivot dans la prise en charge de l'anorexie sévère lors d'un sauvetage nutritionnel. En accompagnant la compréhension des transformations corporelles liées à la renutrition, elle offre des appuis aux patients pour reconstruire un espace corporel sécurisant à la base d'une redynamisation de la vie psychique. Dans la modulation tonico-émotionnelle en jeu dans la relation, une conscience corporelle décentrée des aspects dysmorphophobiques peut apparaître et extraire l'adolescent d'une temporalité figée.

Mots-clés : anorexie mentale, tonus, relation, schéma corporel, psychomotricité

Abstract

Anorexia nervosa stops the developmental processes engaged over adolescence: growth and puberty are paused while cognitive and mental health are overruled by obsessive thoughts on weight. Adolescents presenting anorexia are ossified into disembodied identities withdrawing them from constructive relationships at this age. In severe cases, patient care is based on a multidisciplinary model in order to meet the specific needs of adolescence.

Psychomotricity plays a key role in the management of severe malnutrition in anorexia nervosa which requires a collaborative nutritional and psychiatric approach. It aims at supporting the understanding of the body modifications related to the refeeding treatment. By rebuilding a tangible personal space, secure and stable body representations can be accessed and reactivate mental activities. Powered by the tonic-emotional dialogue engaged in the therapeutic relationship, overcoming dysmorphic body representations is made possible as well as the simulation of the adolescent development processes.

Keywords : anorexia nervosa, muscle tone, relationship, body scheme, psychomotricity