



**HAL**  
open science

# L'image du corps chez une population atteinte d'obésité et sa prise en charge psychomotrice

Emma Bertin-Maghit

► **To cite this version:**

Emma Bertin-Maghit. L'image du corps chez une population atteinte d'obésité et sa prise en charge psychomotrice. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03713856

**HAL Id: dumas-03713856**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03713856>**

Submitted on 5 Jul 2022

**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.

**UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

Collège sciences de la santé - Institut universitaire des Sciences  
de la Réadaptation

**INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE**

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

**L'image du corps chez une population atteinte  
d'obésité et sa prise en charge psychomotrice.**

**BERTIN-MAGHIT Emma**

Née le 04/10/1999 à Marmande (47)

**Directeur de mémoire : Mme Rachel PROVOT**

Juin 2022

## **REMERCIEMENTS**

### **Je remercie :**

Tout d'abord ma maitre de stage et de mémoire, Rachel PROVOT, pour son accompagnement, sa disponibilité, sa confiance et ses précieux conseils qui ont permis l'enrichissement de ce mémoire.

Ludivine ESCOT pour son accompagnement et sa confiance qui m'ont aidé à prendre confiance en ma posture professionnelle. Merci également pour le temps consacré à la relecture de ce mémoire.

L'ensemble des professionnels du centre de rééducation pour leur bienveillance, leur encouragement et leur implication dans la réalisation de mon stage.

Tous les patients que j'ai eu la chance de rencontrer pour leur bienveillance, la confiance qu'ils ont placé en moi et toutes les connaissances qu'ils m'ont apporté.

Les professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité pour cette formation riche en apport théorique et pratique ayant confirmé ma volonté d'exercer ce métier.

Ma maman pour tout le précieux temps accordé à la relecture de ce mémoire. Je souhaite la remercier pour son soutien et ses nombreux conseils. Elle a su répondre à mes questionnements et m'accompagner tout au long de l'écriture du mémoire.

Mes proches, mon père, mes sœurs et Soheib, pour leur support constant et leur réconfort lors de mes moments de doutes.

Mes amies, Elena, Camille, Alizée, Maïlys et Léa avec qui nous avons partagé cette aventure. Mes années d'études en psychomotricité n'ont été que plus belles grâce à leur présence. Merci pour votre soutien, votre motivation et vos encouragements.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1 IMAGE DU CORPS</b> .....	3
1.1 Schéma corporel et image du corps : définitions plurielles .....	3
1.2 L'image composite en psychomotricité .....	8
1.3 Estime de soi.....	11
<b>2 OBÉSITÉ</b> .....	17
2.1 Généralités sur l'obésité .....	17
2.2 Étiologies .....	22
2.3 Compulsion ou gourmandise ?.....	27
2.4 Conséquences médicales et comorbidité .....	31
2.5 Traitements et limites.....	33
<b>3 OBESITE ET SES CONSEQUENCES SUR L'IMAGE DU CORPS</b> .....	37
3.1 Enveloppe corporelle .....	37
3.2 Émotions, sensations et représentations : .....	41
3.3 Obésité : lieu de douleur multiples .....	45
3.4 Répercussions globales et vision sociale.....	48
<b>4 LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE LA PERSONNE OBESE</b> .....	52
4.1 Présentation du programme de nutrition.....	52
4.2 L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) .....	55
4.3 Apport de la psychomotricité .....	63
4.4 Étude de cas .....	77
<b>5 DISCUSSION AUTOUR DE LA BALNEOTHERAPIE</b> .....	82
<b>CONCLUSION</b> .....	85
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	86
<b>ANNEXE</b> .....	89

## INTRODUCTION

A l'heure où l'on accorde à son apparence physique une importance considérable, où le modèle sociétal de beauté est matérialisé par la minceur, l'obésité n'a, quant à elle, jamais autant été répandue dans le monde.

Les publicités, les réseaux sociaux participent à ce culte de la beauté par l'exposition de corps minces et musclés, la propagande de régimes alimentaires sains, appauvris en gras et en sucres.

L'État lui-même agit dans la lutte contre l'obésité en développant des messages de prévention nutritionnelle. Il a été décidé en 2004, lors de la loi de santé publique, que toutes les publicités prônant une alimentation industrielle et une alimentation trop sucrée seraient accompagnées de slogans de prévention tels que « *Manger au moins cinq fruits et légumes par jour* ».

Cependant, l'obésité est omniprésente dans notre société actuelle. Selon l'OMS, en 2016, près de 2 Milliards d'adultes dans le monde étaient en surpoids parmi lesquels 650 millions étaient obèses. En Apparaît, une enquête réalisée en 2020 par ObEpi Roche explique que 17% d'adultes souffrent d'obésité, parmi lesquels 2% sont en situation d'obésité massive. Ces chiffres alarment sur l'ampleur et l'expansion continue de l'obésité qui se classe désormais au rang d'épidémie mondiale.

Actuellement en stage thérapeutique au sein d'un centre de rééducation, j'ai la chance d'observer la prise en charge psychomotrice d'adultes en situation d'obésité. Une rupture identitaire s'observe chez la majorité des patients. Ils mettent à distance leur corps qui devient le lieu de leur souffrance. Un clivage entre corps et esprit apparaît alors. Face à cette problématique la psychomotricité, qui considère l'individu dans sa globalité, est au centre de ses compétences. Prendre en compte l'individu est notre priorité. Cela m'amène à me questionner sur la manière dont les patients perçoivent leur corps ? Quelle conscience en ont-ils ?

L'image du corps, en perpétuelle construction tout au long de notre vie, est perturbée dans le cas de l'obésité. L'accumulation de masse grasseuse, parfois brutale, associée à une stigmatisation sociale et à des complications médicales, entraînent des conséquences psychologiques chez ces personnes telles qu'une baisse de l'estime de soi ou une perte d'identité.

Je me demande alors comment les patients que je rencontre dans mon lieu de stage s'identifient-ils ?

Ceci m'amène à la problématique : **Comment la psychomotricité soutient-elle la revalorisation et accompagne-t-elle le travail sur l'image du corps des personnes en situation d'obésité ?**

Trois hypothèses viennent soutenir le déroulé de mon mémoire :

- L'image du corps est toujours plastique, dépendante de nos expériences psycho-corporelles et de nos interactions. Elle est éminemment subjective.
- L'obésité entraîne des répercussions psycho-corporelles importantes chez la personne atteinte.
- La psychomotricité accompagne le patient obèse dans un travail d'investissement corporel soutenant la prise de conscience d'un corps unifié et d'une identité narcissisée.

Dans un premier temps je développerai la notion d'image du corps en fonction de ses différentes définitions et j'expliquerai son implication dans la construction de l'estime de soi. Ce premier chapitre me permettra également de différencier la notion de schéma corporel et d'image du corps bien souvent confondues.

Puis je définirai l'obésité de manière assez descriptive pour rendre compte de son étiologie multifactorielle exposant la complexité de cette pathologie.

Dans un troisième temps j'argumenterai l'impact de l'obésité sur l'image du corps ainsi que le clivage psychosomatique qu'elle peut engendrer par une perte de repères sensoriels, émotionnels et symboliques.

Enfin je pourrai rebondir sur les enjeux et le rôle de la prise en charge psychomotrice auprès du patient obèse en perte d'estime de soi et d'investissement corporel.

# 1 IMAGE DU CORPS

## 1.1 Schéma corporel et image du corps : définitions plurielles

« L'image du corps » est un terme premièrement employé et développé par les psychanalystes. Cette notion est généralement associée voir confondue à la notion de « schéma corporel », maintenant considérée comme le support de la construction de l'image du corps.

### 1.1.1 *Schéma corporel*

Le neurologue **Bonnier** est le précurseur de la notion de schéma corporel qu'il définit comme étant une figuration spatiale du corps. Ce qu'il nomme le « *sens des attitudes* » correspond à la capacité de l'être humain à savoir orienter une partie de son corps par rapport aux autres.

Selon lui, le schéma corporel est la résultante de sensations musculaires et tactiles perçues par le sujet. Ces sensations sont intégrées et localisées topographiquement par le cerveau permettant la localisation mentale des différents membres corporels les uns par rapport aux autres mais aussi leur localisation dans l'espace.

A cette définition, Head et Holmes y ajoutent une notion de plasticité et d'image tridimensionnelle.

En effet, en 1911, les neurologues **Head et Holmes** établissent la notion de « *modèle postural du corps* ». Selon eux les sensations intéroceptives et extéroceptives du corps, perçues lors d'un mouvement, sont stockées au niveau du cortex sensoriel. Selon eux, les impressions provenant des sensations corporelles sont inconscientes la plupart du temps. Cependant il est possible que le sujet en prenne conscience et se représente sous forme d'image, la position de son corps. Ce sont ces images qui forment des schémas organisés de notre corps.

Ainsi le schéma corporel peut être conscient ou inconscient.

Le schéma corporel serait tridimensionnel avec :

- un schéma postural créé à partir des variations toniques et de la conscientisation de la position du corps dans l'espace.
- Un schéma de surface du corps confectionné grâce au ressenti des sensations extérieures.
- Un schéma temporel qui représente les séquences de mouvements inscrits dans une temporalité.

Finalement dans leur description du schéma corporel, Head et Holmes font part d'une construction plastique.

Bien que les parties du corps soient toujours reliées entre elles et que leur rapport soit le même tout au long du développement de l'homme, les positionnements de chaque segment dans l'espace sont eux, en perpétuel mouvement.

*« Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation ».* (Jeannerod, 2010).

Chaque nouvelle posture ou mouvement, associés à de nouvelles sensations, viennent s'enregistrer sur ce schéma plastique. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture.

A ces apports neurologiques viennent s'ajouter des conceptions psychanalytiques du schéma corporel.

Le psychanalyste **Ajuriaguerra**, père de la psychomotricité, donne une définition précise du schéma corporel, encore employée aujourd'hui.

*« Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »* (Ajuriaguerra, 1970).

Ici, l'auteur affirme l'hypothèse d'un schéma corporel dynamique perpétuellement remanié en fonction de vécus sensoriels apportés par l'action. Cette sensorialité permet l'intégration conscientisée du corps dans l'espace.

La psychanalyste **Dolto F.** complétera cette notion avant de la mettre en lien avec la notion d'image du corps. Selon elle, *« le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce humaine, quel que soit le lieu, l'époque ou les conditions dans lequel il vit »* (Dolto, 1992, p.22).

Pour Dolto le schéma corporel est le même pour tous les individus de l'espèce humaine. Il peut être à la fois conscient, préconscient et inconscient et il est issu de phénomènes d'apprentissage (de l'anatomie humaine) mais aussi d'expérimentations. Par le mouvement, le sujet ressent différentes sensations impliquées dans l'auto représentation du corps anatomique et ses différents segments dans l'espace.

Finalement tous les auteurs s'accordent à dire que le schéma corporel est la représentation spatiale plus ou moins consciente de notre corps. Il renvoie à une connaissance topographique de la position du corps dans l'espace et des relations entre les différents segments corporels. Cette connaissance est primordiale pour situer et déplacer le corps dans l'espace.

Le schéma corporel est intégré par l'expérimentation de diverses sensations externes et internes qui impliquent une réponse motrice (et inversement). Ainsi, bien que sa construction soit identique à chaque être humain, les expériences motrices et sensorielles individuelles rendent ce schéma corporel modifiable tout au long de la vie.



On pourrait définir le schéma corporel de corps réel et objectif, de représentation mentale du corps physique et anatomique semblable à tous les êtres humains.

**Le schéma corporel est le support de l'image du corps.** A tout schéma corporel s'associe une subjectivité. C'est cette subjectivité, composante du psychisme, qui est le propre de l'image du corps.

### 1.1.2 Image du corps vue par les psychanalystes

*« Nous ne disposons pas d'une vision globale de l'image du corps. La théorie psychanalytique ne nous en propose qu'une approche morcelée »*  
(Pireyre, 2021, p.14).

Schilder, Dolto et Lacan sont trois psychanalystes du 20<sup>ème</sup> siècle qui se sont démarqués par leurs investigations sur la notion d'image du corps.

- Schilder :

L'image du corps est un concept premièrement théorisé par **Schilder**.

Il le définit comme étant :

*« l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »* (Schilder et al., 1980, p.35).

Il explique que le corps est le lieu de réception de plusieurs sensations. Parmi les sensations éprouvées par le sujet, il détaille l'impact de la libido sur la construction de l'image du corps. Celle-ci se localise notamment sur les orifices, zones extrêmement sensorielles, permettant leurs intégrations psychiques et l'amélioration de la perception d'unité corporelle. Donc, pour cet auteur, l'investissement libidinal sur le fonctionnement sensoriel permet de conceptualiser une image mentale de soi-même.

Cependant, il ne distingue pas le concept d'image du corps de celui de schéma corporel :

*« le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps » »* (Schilder et al., 1980).

L'explication qu'il fait de l'image du corps est semblable à celle du schéma corporel développée par Head et Holmes. Cela entraîne une confusion qui se perpétue encore aujourd'hui.

Il introduit tout de même la notion de subjectivité et d'interaction dans le concept d'image du corps. En effet, selon lui l'image du corps se construit en relation à l'autre. Elle n'existe que parce que nous sommes des êtres sociaux, évoluant et vivants grâce à la relation avec nos pairs. Elle aurait donc un rôle social important en étant le support d'une intersubjectivité.

Dolto et Lacan vont amener des précisions quant à la définition d'image du corps et en feront une réelle distinction avec le schéma corporel. Les travaux de ces deux auteurs se complètent, conduisant à une compréhension facilitée de la construction et de la signification d'image du corps.

- Dolto :

**Dolto** est la première à réellement différencier l'image du corps du schéma corporel. L'image du corps est structurée, selon elle, par la communication entre les sujets et la trace laissée par l'expérimentation du sentiment de frustration. Elle la différencie du schéma corporel en mettant l'accent sur la subjectivité. En effet, « *l'image du corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire* » (Dolto, 1992, p.22).

Pour Dolto, cette notion est liée aux émotions et au désir du sujet. Elle définit l'image du corps comme :

« *La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* » (Dolto, 1992, p.22).

L'image du corps est construite par les vécus relationnels passés qui influencent les relations actuelles. C'est une forme de mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce notamment expérimenté lors de dyade mère-enfant. C'est en cela qu'elle définit l'image du corps d' « *image inconsciente du corps* ».

La manière dont on se perçoit est directement influencée par le regard que l'autre nous renvoie de nous-même. Dolto exprime donc le lien étroit entre l'interaction humaine et la construction de l'image du corps.

Cependant elle ajoute que l'image du corps se construit dès la conception et qu'elle évolue et se remanie tout au long du développement de l'enfant. L'enfant passe par des stades de castrations symboligènes qui vont lui permettre d'investir de nouvelles zones fonctionnelles du corps et d'améliorer progressivement son image corporelle.

Ces stades correspondent à des périodes au cours desquelles l'enfant a l'interdiction d'accomplir son désir. Cette interdiction du passage à l'acte lui permet de développer la fonction symbolique c'est à dire d'intégrer mentalement cet interdit pour élaborer une nouvelle solution. Par exemple, lorsque le jeune enfant tète le sein de sa mère, la zone érogène qu'est la bouche est stimulée. Lorsque l'enfant sera assez nourrit, la mère va verbaliser l'arrêt de l'alimentation et ainsi priver l'enfant du sein désiré. C'est par la verbalisation de la mère que l'enfant pourra progressivement mentaliser et transformer ce désir pulsionnel en désir de communication par exemple.

L'accès au symbolisme permet au jeune enfant de se différencier progressivement de l'autre et d'accéder à la parole permettant de se représenter et de s'affirmer en tant qu'être unique. L'évolution progressive de l'image du corps s'établit en parallèle de l'intégration progressive du moi différencié.

L'unification du « moi », de l'image du corps, est accordée par le vécu de sensations internes de désir et d'interaction affectives avec l'autres.

« *Le Moi existe en nous, mais aussi hors de nous, dans le miroir et dans notre semblable, vibrant tant au-dedans qu'au dehors* » (Nasio, 2013, p.155).

- Lacan :

« *L'observateur est aussi l'observé* »  
(Bruchon-Schweitzer, 1990).

Pour **Lacan** l'image du corps prend naissance plutôt à un moment précis du développement de l'enfant et se construit à partir de stimulations visuelles externes. Lors du stade du miroir, vécu en principe entre six et dix-huit mois, les enfants font la rencontre de leur corps, d'eux-mêmes face à un miroir. En apercevant le reflet de leur image dans le miroir ils prennent progressivement conscience d'eux-mêmes. En effet, à cette période, l'enfant fait face à l'image de son corps. Il le distingue alors telle une masse unifiée et différenciée de l'autre. Le visuel prend une place importante dans le phénomène de reconnaissance de soi, ébauché lors de ce stade. Ainsi l'image reflétée par le miroir soutient l'intégration psychique du corps unifié. Les remaniements qui s'opèrent lors du stade du miroir permettent également l'identification d'appartenance à un groupe qui est le genre humain.

Lacan reprend cette théorie en définissant l'image du corps « *d'image spéculaire* ». Cette image imaginaire, qui correspond au reflet de la silhouette vu dans la glace, est impliquée dans la naissance du « je » symbolique, de l'identification de soi. L'image spéculaire du corps unifié passe aussi par l'image de soi renvoyée par le regard de la figure d'attachement. L'enfant reconnaît dans le miroir l'image de son corps et l'image du parent qui le porte. Le regard et la parole de l'adulte valident l'individualité de l'image de soi aperçue dans le miroir.

L'auteur dissocie cette image spéculaire de l'image du corps réel qu'il désigne comme étant le corps sensoriel, le corps que je ressens.

Or « *Il nous est impossible de voir reflétées nos sensations dans le miroir* » (Nasio, 2013, p.121). Selon le psychiatre Nasio, le corps spéculaire, dépourvu de libido, devrait être fusionné au corps réel pour qu'une intégration complète de l'image du corps se fasse. Sensorialité et développement cognitif se rencontrent pour soutenir la construction de l'image du corps.

Pour ces trois auteurs l'image du corps est **inconsciente** et elle est la représentation des zones corporelles ayant été investies par la libido.

En conclusion, le schéma corporel et l'image du corps sont en constante interaction et supportent le narcissisme ainsi que la construction identitaire du sujet.

« Le schéma corporel et l'image du corps, puisqu'il faut bien les appeler ainsi, renvoie à la ou aux relation(s) mutuelle(s) entretenue(s) par le corps et le psychisme » (Pireyre, 2021,p.5).

Finalement l'image du corps a été inventée pour détailler l'intégration psychique et subjective de la représentation du corps, donc du schéma corporel.

## 1.2 L'image composite en psychomotricité

En psychomotricité, la prise en charge de l'image du corps, lorsqu'elle est mise à mal, dévalorisée ou perturbée, correspond à l'une de nos spécificités. Il est d'ailleurs indiqué dans le décret de compétences de psychomotricité du 6 mai 1988 que le psychomotricien est habilité à contribuer, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

La définition psychanalytique d'image du corps est jugée par le psychomotricien **Pireyre E.** comme incomplète et inadaptée à la pratique psychomotrice. Il dénonce notamment le caractère monolithique qui lui était jusqu'à présent accordée. Selon lui l'image du corps est constituée d'éléments divers, faisant d'elle une **image composite**.

Pour détailler cette idée il reprend les travaux de Dolto qui avait préalablement ébauché une conception modulaire de l'image inconsciente du corps.

Selon elle, l'image du corps est assurée par la cohésion entre :

- une image de base qui correspond au sentiment d'exister dans une continuité narcissique et dans une continuité spatio-temporelle. Cette image est présente avant même la conception de l'enfant qui est le représentant du désir de ses géniteurs. Cette continuité de l'être persiste jusqu'à la fin de sa vie.
- une image fonctionnelle qui est l'image dynamique d'une personne cherchant à atteindre son désir. Une partie du corps est traversée par un flux libidinal qui concrétise un manque et provoque alors le désir. Finalement elle serait le ressenti d'un corps se dirigeant vers la satisfaction d'un désir. Cette image, par le lien qu'elle établit entre sensorialité, désir et relation à l'autre, peut-être envisagée selon Pireyre comme l'identité du sujet.
- Une image érogène qui représente l'image d'un corps où se localise plaisir et déplaisir érotique. Elle serait « *l'image d'un corps ressenti comme un orifice se contractant et se dilatant de plaisir* » (Nasio, 2013, p.42). Par l'implication de la libido et de la notion de plaisir et de déplaisir érogène, cette image se rapporte à l'identité sexuée (actuellement on parlerait plutôt d'identité de genre).

Le tout créant une image dynamique c'est à dire le désir d'accomplir un objectif.

Pireyre en fait une critique en considérant que ces trois modalités ne sont pas directement liées à l'image du corps. En effet dans les trois cas, il dénonce la nécessité de la maturation de zones corticales qui sont impliquées dans le développement de la subjectivité. Sans subjectivité le sujet ne pourra pas développer et s'approprier le sentiment de continuité d'existence ni construire son identité et son identité sexuée.

Avant d'être impliquée dans la construction de l'image du corps, ces trois images nécessitent le développement de la subjectivité du sujet. Elles interviendront donc plus tard pour préciser l'image corporelle.

Il décrit alors six sous-composantes à la base de l'image du corps :

- L'**enveloppe** est « *la représentation psychique de la peau* » (Pireyre, 2021,p.71). La peau représente l'enveloppe corporelle, la frontière séparant le dehors du dedans et protégeant contre les agressions. Étant investie par l'autre et par la libido, la peau a une fonction de contenance physique et psychique. Grâce aux expériences somatiques et à l'intégration des limites corporelles, l'enveloppe psycho-corporelle participe au phénomène d'identification et de reconnaissance de soi.
- L'**intérieur du corps** est constitué de viscères, d'une structure osseuse, d'une musculature et d'articulations. Tous ces éléments ont une maturation physiologique progressive et ainsi, leur représentation n'est pas innée. Cependant leur représentation est indispensable au développement psycho-affectif de l'enfant. Son absence ou son défaut peut créer par exemple un sentiment interne de vide ou d'éclatement.
- Le **tonus** : il est impliqué notamment dans la tenue et la solidité de l'axe corporel nécessaire à un vécu unifié et stable de son corps. Il est lié à la maturation neurologique (donc immature à la naissance) mais aussi à la vie psychique en étant directement influencé par nos états émotionnels et en étant l'expression du vécu psychique, la trace des premières expériences relationnelles.
- La **sensorialité** : les seuils de ressenti de celle-ci varient d'une personne à l'autre provenant du mécanisme subjectif de transformation de la sensation en perception. Sans accès à la perception, la subjectivité ne peut s'installer (se référer à 3.1 sensation-perception-représentation).
- Les **compétences communicationnelles du corps** : Le corps peut être un moyen d'entrer en communication, notamment grâce au dialogue tonico-émotionnel développé par Wallon. Ce système de communication est permis par l'interaction indéniable entre le tonus et les émotions. Il passe aussi par l'attitude, la proxémie ou le regard, les mimiques, le touché et les variations toniques. Chaque personne utilise préférentiellement et subjectivement, par rapport à sa propre histoire et culture, une partie de communication corporelle.

- **Les angoisses corporelles archaïques** : Le nouveau-né est confronté à des angoisses archaïques souvent de l'ordre de l'effondrement, de morcèlement, de liquéfaction ou de dévoration. Ces angoisses participent au développement de l'enfant mais s'encrent progressivement dans l'inconscient du sujet. Cependant elles sont toujours existantes et parfois retrouvées dans certains aspects de notre personnalité ou de notre culture par exemple. Ainsi, elles peuvent resurgir dans des moments émotionnellement intenses.

Les apports de E. Pireyre rendent compte d'une image du corps en effet inconsciente mais dont chaque composante peut parvenir à la conscience du sujet. Il pousse la réflexion psychanalyste plus loin en apportant des détails quant à sa construction et sa constante modification due à l'implication de nombreux éléments.

Les six composantes de l'image du corps sont ainsi à l'origine du sentiment de continuité d'existence, mais aussi de l'identité et du genre sexué. L'enfant s'identifie notamment par la relation avec ses parents, qui lui renvoient et lui verbalisent une image différenciée de la leurs, mais aussi par la relation que l'enfant entretient avec son propre corps en investissant ses limites corporelles et en étant à l'écoute de ses sensations.

En conclusion des différents travaux réalisés autour de la question d'image du corps, nous pouvons affirmer que celle-ci n'est jamais stable, se façonnant sans arrêt. Elle se modifie tout au long de l'existence du sujet à travers ses expériences corporelles et sociales. Elle est étayée par la relation à l'autre et par le développement cognitif du sujet avec l'accès au symbolisme.

L'image du corps se forme également par l'acquisition progressive de processus physiologiques tels que la sensorialité et la motricité qui apportent de plus amples informations sur l'unité corporelle.

« *Le moi se révèle dérivé de sensations corporelles, il est la projection mentale de la surface du corps* » (Raoult, 2013, p.44). Par la sensorialité, l'intégration psychique du corps propre s'opère. Notre identité est en partie soutenue par l'appropriation de notre propre corps et de ses limites.

L'image du corps reflète donc la façon dont chacun de nous percevons notre corps. Elle est généralement associée à une composante qualitative modulable en fonction de nos expériences de vie plus ou moins impactantes et du regard que l'autre porte sur nous. En cela l'image du corps est le support du narcissisme c'est à dire de « *l'amour portée à l'image de soi-même* » (Laplanche et Pontalis, 1981). Elle peut alternée, tout au long de la vie du sujet, entre valorisation et dévalorisation en fonction du retentissement émotionnel et psychique de chaque situation vécue.

Madame P est une patiente rencontrée sur mon lieu de stage en service de soin de suite et de réadaptation (SSR). Elle est accueillie des suites d'un AVC ayant entraîné une hémiplégie gauche particulièrement présente au niveau du membre supérieur. Ce bras immobile est désinvesti par la patiente qui le regarde peu et ne le touche pas.

Après une séance basée sur du toucher thérapeutique et de la mobilisation passive, sur l'ensemble de son bras, elle verbalise : « vous lui montrez de la tendresse, ça rend les yeux plein de larme ». Cette parole exprime une image du corps troublée, presque morcelée.

Elle a conscience de l'existence de son bras mais ne le considère pas comme sien. Elle le personnalise d'ailleurs par le mot « lui ».

De plus lors de cette expérience sensorielle, elle dit être émue par le soin et l'attention apportés à ce bras pourtant inerte. Elle prend conscience de la séparation qu'elle a installé avec cette partie du corps. Finalement cette séance est une ébauche à une réintégration, un ré-investissement de ce bras bien présent et faisant partie d'elle.

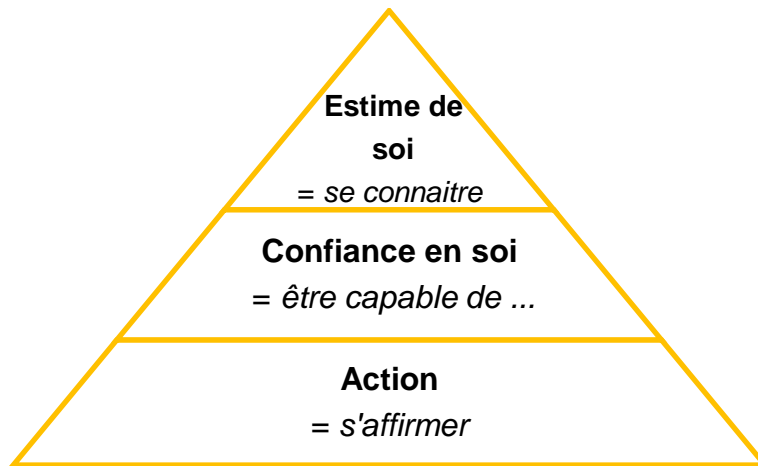
Lorsque l'image du corps est dévalorisée, le sujet aura tendance à développer plus facilement une perte de confiance en soi, un désinvestissement corporel et/ou une distanciation de ses ressentis sensoriels. Ce sont autant d'éléments qu'il est fréquent de retrouver chez le sujet obèse empreint à une image du corps dévalorisée.

### 1.3 Estime de soi

L'image du corps a également été définie comme étant « *L'image que nous avons dans notre esprit de la taille et de la forme de notre corps associée à nos sentiments envers ces caractéristiques et la constitution de notre corps* » (Slade, 1994).

Il ajoute que l'image du corps peut être considérée sous deux composantes : une **composante perceptuelle** représentant l'estimation subjective de la morphologie de son propre corps et une **composante attitudinale** qui est l'attitude et le sentiment développés par le sujet envers son propre corps.

Ces deux composantes entraînent généralement une représentation évaluative de soi. C'est ce qu'on appelle l'estime de soi qu'on peut définir de conscience de sa valeur propre. L'estime de soi correspond donc à l'aspect qualitatif de l'image du corps.



Pyramide de l'estime de soi développée par la neuropsychologue de mon lieu de stage à partir d'études faites à ce sujet.

« *S'affirmer, c'est agir, et l'action entretient l'un des trois piliers fondamentaux de l'estime de soi, qui est la confiance en soi* » (Zermati et al., 2010).

Ce schéma expose les sous-bassements de l'estime de soi. Il est nécessaire de passer par l'action pour expérimenter, développer et affirmer nos capacités puis progressivement, par la répétition de l'action, prendre confiance en soi et ainsi avoir une meilleure connaissance de soi.

Se connaître c'est savoir quelles sont nos compétences et être conscient de nos limites. Par exemple, si je sais que je cours 20 minutes sans avoir de douleurs, je pourrai répéter l'action jusqu'à me sentir suffisamment prêt pour progressivement augmenter mon temps de course. Ainsi le coureur sait de quoi il est capable, il a confiance en ses capacités ce qui lui permet d'avoir une bonne estime de lui, qu'il valorisera d'autant plus en progressant de manière évolutive et réaliste sans se mettre en échec. En prenant confiance en lui, le sujet acquiert une base stable de sécurité à partir de laquelle il pourra d'autant plus expérimenter et progresser.

Ce cheminement est généralement accompagné de sentiments (de fierté dans les réussites par exemple) qui participent à la valorisation de l'estime de soi. Se connaître, avoir conscience de ses limites mais aussi de ses capacités permet d'améliorer l'estime de soi. La représentation de soi et de sa valeur est alors assurée par la relation entre sensation et émotion.



### 1.3.1 Sensation-perception-représentation

Dans l'action le sujet est soumis à ses sensations mais va également en découvrir de nouvelles. Comme nous l'avons exploité dans les deux parties précédentes, la sensorialité est un des éléments à l'origine du phénomène de conscience de soi impliquée dans la construction de l'image du corps. La prise de conscience née de la subjectivation des sensations qui deviennent des perceptions puis se transforment en représentation. La sensation est donc à l'origine de la composante perceptuelle de l'image du corps.

Sensation, perception et représentation sont trois notions interdépendantes. Les sensations sont présentes dès la naissance (certaines comme le toucher sont déjà présente in-utéro) puis elles évoluent, du fait de la maturation neurologique et des expériences corporelles faites lors de la prime enfance, en perception. Enfin, par le biais de la symbolisation, les perceptions deviendront des représentations.

Cette graduation renvoie au stade sensori-moteur développé par Piaget. Selon l'auteur le développement cognitif est d'abord permis par l'action. Au départ, l'enfant se déplace et explore l'environnement. Il fera la découverte de différentes sensations auxquelles un sens sera associé progressivement. Finalement à force d'expériences sensori-motrices le nouveau-né accédera à une capacité de symbolisation nécessaire pour permettre l'intégration de ces sensations et leur représentation.

La **sensation** est la première étape d'une chaîne d'évènements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception. La sensation est le « *processus résultant du fonctionnement du récepteur sensoriel* » (Pireyre, 2021).

Les systèmes sensoriels somatiques de l'être humain sont décrits selon trois catégories :

- L'extéroception qui est relative aux cinq sens. Cette catégorie correspond à la sensibilité superficielle qui traite les informations chimiques, mécaniques, thermiques ou nociceptives en provenance de récepteurs sensoriels somatiques. Ces récepteurs sont impliqués dans nos cinq sens qui sont la vision, l'olfaction, l'audition, la gustation et le toucher (qui est la première capacité sensorielle à apparaître, c'est le moteur de l'exploration et de la motricité ).
- La proprioception : c'est la sensation qui provient des articulations, des tendons et des ligaments. La proprioception est impliqué dans le ressenti du positionnement corporel, des mouvements effectués et de leurs directions, des variations de tension musculaire, ainsi que d'équilibre et de déplacement permis par l'appareil vestibulaire.
- L'intéroception qui représente la sensibilité viscérale. Cette modalité sensorielle est inconsciente et traite les informations sensorielles issues des viscères.

La **perception** succède à la sensation. C'est le « *traitement cognitivo-affectif de la sensation* » (Pireyre, 2021).

Elle représente la prise de conscience de cette sensation mais aussi sa transformation et sa mémorisation en fonction du vécu subjectif et des émotions du sujet. La perception est donc subjective, variable d'un individu à l'autre.

La perception se fait en 4 phases : attention, interprétation, compréhension et mémorisation.

Enfin, la perception devient une **représentation**. La représentation corporelle correspond à l'image mentale que l'individu est capable d'élaborer de son propre corps sans avoir à se regarder dans un miroir. C'est le stade le plus évolué. Il nécessite d'avoir intégré une mémoire du corps avec le repérage topographique des différents segments corporels.

Cette représentation corporelle est à l'intersection entre trois sphères relationnelles (Mou, 2018) :

- La relation à soi qui amène à la conscientisation de son unité. Elle passe par les sensations intéroceptives et proprioceptives.
- La relation à l'autre avec l'identification de l'autre et le regard de celui-ci sur nous qui nous conduit à élaborer une image de soi différenciée.
- La relation à l'environnement avec l'extéroception et l'exploration de l'espace environnant qui permettent la structuration de notre corps par rapport à l'espace.

La transformation des sensations permettra à l'enfant d'accéder à une représentation de son corps et de son identité.

Naissant dans l'action, l'interrelation entre sensation, perception et représentation participe à l'établissement d'une estime de soi plus ou moins valorisée. En effet, les sensations, associées à des émotions, deviennent des perceptions. Le sujet prendra conscience d'une sensation tout en y ajoutant une sphère affective. La représentation mentale qui en découlera sera donc associée à un jugement de valeur propre.

### 1.3.2 *Émotion*

« *Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre* »  
(Damasio et al., 2002)

Chacune de nos expériences corporelles, sociales, cognitives sont associées à des émotions. L'émotion est « *une expérience subjective singulière toujours en liaison avec l'environnement* » (Claudon & Weber, 2009).

En effet, selon son étymologie l'émotion, venant du latin « *motion* » qui signifie mouvement et étant précédé du préfixe « e », viendrait d'un mouvement venu de l'extérieur. Il a donc une caractéristique relationnelle importante.

Les émotions suivent un processus biologique complexe mais sont dépendantes du mode de vie et de la culture dans lesquelles l'individu évolue. Elles sont subjectives, dépendantes également de notre histoire. Elles ne sont pas exprimées de la même manière, ni n'auront le même retentissement d'un individu à un autre.

Cet aspect subjectif est impliqué dans la reconnaissance de notre individualité.

On distingue deux types d'émotions :

- Les émotions primaires telles que la joie, la peur, la colère, la tristesse, le dégoût et la surprise. Elles ont été développées par Darwin en 1872 pour la première fois dans son ouvrage intitulé « L'expression des émotions chez l'Homme et les animaux ».
- Les émotions secondaires ou sociales telles que la jalousie, la culpabilité, l'amour... Ces émotions apparaissent seulement par la relation avec autrui.

Ces deux types d'émotions permettent la survie de l'Homme.

« *Les émotions fournissent automatiquement à l'organisme des comportements orientés vers la survie* » (Damasio et al., 2002, p.76).

En effet elles sont activées pour répondre à une situation donnée ou pour réguler l'état interne et donc participer à l'homéostasie du sujet. Elles sont donc utilisées par l'organisme pour éviter la perte de l'intégrité.

Ces émotions peuvent apparaître de manière automatique sans délibération consciente. Cependant lorsqu'elles parviennent à la conscience on parle de sentiment. Pour parvenir à la conscience, le sentiment possède une configuration sensorielle (comme la douleur) qui permet à l'individu de se représenter l'émotion.

« *Les affects et les sentiments correspondent à des processus de décharge dont les manifestations finales sont perçues comme des sensations* » (Clauodon & Weber, 2009).

L'émotion associée à des sensations corporelles devient une signification sociale et relationnelle. Elles favorisent la communication en soutenant le langage verbal.

Cette conscience permet également à l'individu d'être attentif à ces besoins et d'y répondre de manière adaptée.

De plus l'émotion utilise toujours le corps comme outil d'expression. De cette manière elle participe à la construction de l'image du corps. En effet, il existe une interaction constante entre tonus et émotion présente en chacun de nous depuis notre plus jeune âge. Cette interaction a un rôle de communication appelée « dialogue tonico-émotionnel ».

Cette notion a d'abord été théorisée par Wallon qui parlait alors de « dialogue tonique ». Pour lui, « *l'émotion est le seul moyen d'expression à disposition du bébé pour communiquer avec son environnement humain* » (Pireyre, 2021, p.113). Les émotions ont donc un rôle fonctionnel de communication corporelle permettant d'informer l'interlocuteur sur notre état émotionnel.

Ajuriaguerra a donné le terme « *dialogue tonico-émotionnel* » pour spécifier ce dialogue aux modifications toniques inhérentes aux émotions. Ce dialogue, qui regroupe l'ensemble des modifications toniques, les réactions de prestance, les mouvements, les attitudes et les mimiques, est présent dès le début de la vie et est à l'origine de notre construction psychique, de notre subjectivité et de notre propre représentation. Une inter-influence tonico-émotionnelle s'opère lorsque le sujet entre en relation.

Par exemple, le nouveau-né va éprouver une émotion négative liée à une sensation de faim. S'ensuit presque instantanément une modification tonique avec l'apparition d'une hypertonie et de pleurs. La mère perçoit la détresse de l'enfant qu'elle va prendre dans les bras et nourrir. Le tonus et les émotions de l'enfant s'apaisent au contact du tonus abaissé de la mère et de sa réponse adaptée. Ainsi une interaction se crée, permettant la dénomination de dialogue.

L'émotion s'enracine donc dans la représentation du corps et elle participe à la construction du moi unifié mais aussi à l'application d'une valeur personnelle. Elle est impliquée dans la perception que l'on a de notre corps. En fonction du regard que l'on porte sur celui-ci mais aussi du regard de l'autre, des émotions particulières vont émerger, impactants plus ou moins la qualité de l'image du corps.

Chez les personnes obèses il est souvent observée une insatisfaction corporelle créée par le fossé formé entre la perception du corps réel et celle du corps idéalisé. Certains ont une baisse d'estime du fait d'une perception faussée de leur propre corps quand d'autres ont une perception réelle mais associée à des émotions négatives, à une insatisfaction de leurs images.

## 2 **OBÉSITÉ**

### 2.1 Généralités sur l'obésité

#### 2.1.1 *Définitions*

L'obésité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant : « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle, qui peut nuire à la santé* ».

Une personne devient obèse lorsque les adipocytes, cellules du tissu adipeux impliquées dans le stockage des graisses, s'hypertrophient (obésité hypertrophique) et/ou se multiplient (obésité hyperplasique) démesurément.

Cette maladie qui est décrite comme chronique, complexe et multifactorielle, peut avoir de lourdes conséquences sur la qualité et l'espérance de vie de la personne atteinte.

Le surpoids et l'obésité touchent près de 650 millions d'adultes dans le monde et sont à l'origine de plus de 4 millions de décès par an.

L'obésité représente la cinquième cause de mortalité dans le monde selon l'OMS. Elle accède alors au rang de pandémie mondiale et devient un enjeu majeur de santé publique.

En 2016, l'OMS recense près de 39% d'adultes atteints de surpoids et 13% d'adultes en situation d'obésité. La prévalence ne cesse d'augmenter dans le monde, ayant presque triplée depuis 1980.

Selon l'enquête réalisée par ObEpi-Roche en 2020, 47,3% des adultes français sont en surpoids ou obèses. La prévalence de l'obésité, en France, a également augmenté en passant de 15% en 2012 à 17% en 2020.

Contrairement à l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique, l'obésité ne constitue pas un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA). Cette pathologie n'est d'ailleurs pas décrite dans le Manuel de Diagnostic et Statistique des Maladies Mentales (DSM 5).

En effet, elle est classée parmi les pathologies médicales somatiques, et non pas parmi les troubles psychiatriques. L'obésité est une maladie chronique de la nutrition. Une fois installée, elle ne disparaîtra pas spontanément et aura tendance à affecter le bien-être physique, psychologique et social de la personne. De plus, elle représente un facteur de risque majeur dans le développement de nombreuses pathologies.

## 2.1.2 Différents indicateurs

Il existe différents indicateurs utilisés dans le diagnostic de cette maladie.

- Indice de Masse Corporelle (IMC)

Le diagnostic clinique de l'obésité repose essentiellement sur le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

Cet indice de référence international permet de définir le seuil à partir duquel une personne est obèse tout en spécifiant le stade.

L'obésité est diagnostiquée lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>. Il se calcule en divisant le poids (en kilogramme) par la taille (en mètre) mise au carré. Cette mesure est donc conçue pour exprimer la corpulence d'un individu en fonction de sa taille et de son poids.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids en kg}}{\text{Taille en m}^2}$$

Une classification de la corpulence en fonction de l'IMC a été faite par l'OMS :

Classification	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
Corpulence normale	18,5 à 24,9
Surpoids	25 à 29,9
<b>Obésité</b>	<b>≥ 30</b>
Classe 1 : obésité commune ou modérée	30 à 34,9
Classe 2 : obésité sévère	35 à 39,9
Classe 3 : obésité massive ou morbide	≥ 40,0

Cette méthode peu coûteuse, est avantageuse par sa facilité d'utilisation et de compréhension. En effet, chez l'adulte, aucune distinction individuelle n'est faite. En conséquence, l'utilisation de cet outil de mesure de l'obésité par les praticiens et la population générale met en évidence son utilité et son accessibilité.

Cependant cette mesure comporte des limites. Elle ne considère pas le sexe, l'âge, l'origine ethnique et le rapport entre la masse grasse et la masse musculaire d'un individu. Ainsi les différences de composition corporelle ne sont pas prises en compte par cette mesure. Les diagnostics d'obésité sont donc parfois erronés. Par exemple, Teddy RINER est un sportif de haut niveau ayant une importante masse musculaire. Cependant le calcul de son IMC le considèrera comme obèse, malgré le fait que son taux de masse grasse soit minoritaire.

Aussi, deux IMC égaux n'auront pas forcément la même résonance. Les phénotypes de l'obésité ainsi que les répercussions médicales seront variables d'une personne à l'autre.

- Absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA)

Cette méthode non invasive permet d'analyser la composition corporelle d'une personne en balayant son corps avec un faisceau de rayon X.

Cet outil peut être utilisé par les médecins dans le diagnostic de l'obésité.

Il permet de séparer trois composantes corporelles : la masse grasse, la masse musculaire et la masse calcique osseuse. Ainsi la DXA permet d'estimer la composition de chaque matière traversée et d'avoir une représentation de leur masse et superficie.

Elle correspond à la méthode la plus fiable et précise de mesure de la composition corporelle. Cependant elle est très coûteuse et elle inadaptée pour les personnes en situation d'obésité morbide ou ayant des difficultés de déplacement.

- Le tour de taille

La mesure du tour de taille est une méthode privilégiée par les médecins pour diagnostiquer l'obésité abdominale.

Cette mesure évalue le taux de masse grasse stockée dans la région abdominale. Par la présence des organes viscéraux, l'excès de masse grasse dans cette région représente un véritable facteur de risque à l'apparition de pathologies graves, indépendamment de la valeur de l'IMC.

On estime qu'un tour de taille supérieur à 100 centimètres chez l'homme et à 80 centimètres chez la femme est l'expression d'une obésité abdominale.

Il est d'ailleurs recommandé d'utiliser cette mesure en complément de l'IMC afin d'améliorer l'évaluation des risques encourus par l'obésité.

### 2.1.3 Mode de répartition des graisses

On distingue différentes formes d'obésité en fonction de la répartition de la masse grasseuse et de son contexte d'apparition.

#### En fonction de la répartition de masse grasse.

- **Obésité androïde :**

L'obésité androïde, aussi nommée obésité abdominale, est plutôt constatée chez les hommes. Ce morphotype est marqué par une prédominance de tissus adipeux au niveau du tronc et de l'abdomen.

Les individus présentant un excès de masse grasse au niveau abdominal ont un risque plus élevé de subir des aggravations médicales du fait de la proximité des organes vitaux.

- **Obésité gynoïde :**

L'obésité gynoïde, aussi nommée obésité glutéofémorale, est plus présente chez la femme. Les tissus adipeux se regroupent majoritairement au niveau des cuisses, des hanches et des fesses.

- **Obésité mixte :**

Cette dernière forme est particulièrement observée dans le cas d'obésités morbides. Le tissu adipeux est réparti uniformément sur l'ensemble du corps de l'individu. L'obésité mixte survient donc lorsque l'obésité androïde et gynoïde se confondent. Sous cette forme le risque de développer des complications médicales graves est le plus accru.

#### En fonction du contexte d'apparition

- **L'obésité constitutionnelle :**

*« Une alimentation surabondante qui ne laisse pas s'exprimer le manque ;  
pour le mieux nier ».*

(Harrus-Révidi, 1994, p.22).

Cette forme d'obésité apparaît dans l'enfance lors des premières relations de nourrissage et persiste à l'âge adulte.

La « **théorie psychosomatique** » (Bruch et al., 1994), aussi appelée théorie de l'alimentation émotionnelle, explique que l'acte alimentaire est une réponse à une émotion négative. L'excès alimentaire serait une réponse à un excès émotionnel négatif, les deux sensations étant confondues chez le sujet.



A la naissance l'enfant est totalement dépendant de l'objet nourricier. Il va éprouver un besoin alimentaire qui sera satisfait par sa figure d'attachement. Une séquence besoin/satisfaction va alors se répéter permettant à l'enfant, qui sait que ses besoins seront assouvis, de tolérer le manque.

*« Bien souvent, les troubles alimentaires menant à la surcharge s'enracinent dans une relation mère-enfant perturbée : que la mère soit gavante, répondant à toute demande de l'enfant par le don de nourriture, qu'elle soit trop bonne en anticipant toute demande, ou qu'elle soit simplement absente, laissant l'enfant en plein désarroi devant l'aléatoire de la réponse » (Waysfeld, 2013).*

Si la figure maternelle répond à chaque demande de l'enfant par de l'alimentation, celui-ci sera incapable de faire la distinction entre ses besoins physiologiques, tels que la faim, de ses états émotionnels. L'auteur parle de « *confusion des affects* ». Le nouveau-né puis l'adulte en devenir répondra à chacune de ses tensions par une prise alimentaire. Cette construction du sujet ne lui permet pas d'expérimenter le manque. La suralimentation de l'adulte qui s'est construit sur ce mode est alors un outil pour combler ce manque du manque.

Le comportement alimentaire est donc troublé. Incapables de transformer leurs besoins en désir les individus se cantonnent au besoin brut de régulation émotionnelle, l'espace du manque n'étant pas toléré. Un risque accru de dépendance alimentaire, ayant pour but de retrouver l'illusion du manque, s'opère alors dans ce type d'obésité.

- **L'obésité réactionnelle :**

L'obésité réactionnelle est la plus fréquente chez l'adulte. Elle peut se déclencher à tout moment de la vie mais survient toujours à la suite d'un traumatisme émotionnel. Ce traumatisme s'occasionne généralement lors de la mort d'un proche ou face à la peur de la mort.

Lors de ces situations le processus de deuil, d'acceptation de la perte est parfois impossible. Ces personnes qui sont dans le déni de la perte, tenteront alors de combler le vécu interne de vide par l'ingestion de nourriture. Cette obésité apparaît comme essentielle pour rétablir l'équilibre psychologique du sujet.

*BRUCH* explique que le comportement hyperphagique permet de compenser le traumatisme vécu.

*« La suralimentation permanente et les orgies de nourriture » (Bruch, 1994) servent de défense contre l'angoisse et les états de tensions émotionnelles résultantes d'un événement traumatique. C'est une forme de régulation contre les failles psychiques.*

Madame M explique avoir pris du poids après le meurtre de son mari. Face à cette perte elle a trouvé dans l'alimentation un réconfort. Le plaisir éprouvé dans la prise de certains aliments lui permettait de mettre sur pause, le temps de l'ingestion, les émotions négatives incessantes. A cette période elle explique s'être enfermée dans la nourriture pour « ne plus ressentir de peine ».

#### ▪ **L'obésité acquise :**

L'obésité acquise se manifeste progressivement. Elle est consécutive à une prise de poids causée par une mauvaise hygiène alimentaire et une sédentarité importante.

Cette obésité s'acquiert généralement à la période pré-adolescente ou dans des moments de vie précis chez l'adulte.

Cette forme est fréquemment observée à la suite d'effet « yoyo » souvent provoqué par des régimes alimentaires. Ces régimes entraînent dans la majorité des cas de fortes fluctuations de poids (se référer à 5. *Traitements et limites*).

Cette forme d'obésité rejoint la « **théorie de l'externalité** » développée par Scatcher et Rodin en 1974. Selon eux l'obésité serait liée une hypersensibilité des personnes aux signaux externes alimentaires tels que l'odeur, la vue, la disponibilité des aliments, les horaires de repas... Cependant ces mêmes personnes seraient insensibles à leurs signaux internes.

Les individus évoluent vers l'obésité en fonction de la disponibilité et de la facilité d'accès à la nourriture palatable. Ils deviennent sur-consommateurs dès lors qu'ils se situent dans un environnement attractif et riche en signaux extérieurs attirants.

## 2.2 Étiologies

*« Il n'y a pas de hasard dans la prise de poids : elle est une réponse de l'organisme à une situation de conflits, que ces conflits soient à dominante corporelle ou à dominante psychique, qu'ils soient ou non étayés par une prédisposition génétique, qu'ils s'accompagnent ou non de perturbation des conduites alimentaires ».*

(Peuteuil, 2014,p.67).

Les causes de l'obésité sont multifactorielles et complexes. Contrairement aux idées reçues l'obésité ne provient pas seulement d'un « trop mangé ». Elle est notamment due à une interaction dynamique entre des facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques.

L'obésité résulte « *d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques* » selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM).

Lorsque l'INSERM décrit le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, il fait référence à un excès de réserve énergétique stocké dans le corps sous forme d'adipocyte.

Il est à noter que nous ne sommes pas tous égaux face à la balance énergétique. D'une personne à l'autre les dépenses énergétiques au repos ne seront pas les mêmes. Cette différence de rendement entre individus peut justifier de nos différences face à la perte et à la prise de poids.

- **Facteurs sociaux-environnementaux :**

*« L'obèse gagne en masse ce qu'il perd en énergie ».*  
(Pierre Aimez)

L'obésité est de plus en plus représentée dans nos sociétés. Elle est le fruit d'un mode de vie modifié dans lequel la sédentarité, la limitation d'activité physique et la consommation de nourriture augmentent.

Plusieurs facteurs environnementaux participent à ce phénomène expansif :

La sédentarité est une des causes principales de l'obésité. Elle correspond à une faible activité physique pour laquelle aucune dépense énergétique ne s'effectue. Cette sédentarité est d'autant plus accentuée avec l'expansion de la technologie. Les écrans prennent une place importante dans nos foyers, nos relations humaines, nos vies. Cette omniprésence entretient le phénomène grandissant de sédentarité dans nos populations actuelles. Une étude réalisée auprès de 800 enfants a démontré que *« le temps passé à regarder la télévision pendant la petite enfance est déjà prédictif du risque d'obésité ultérieur »* (C Saldanha-Gomes et coll, 2016).

La productivité professionnelle peut être à l'origine de comportements humains encourageant la prise de poids. Aujourd'hui, la population travaille plus et plus longtemps. La pression des résultats et de performance rognent sur les temps de pause et de repas. Bien souvent le temps consacré au travail demande le sacrifice du temps de repas, développant le recours au grignotage. Aussi on remarque une sédentarité majorée dans les entreprises ayant installé des dispositifs électroniques.

Les changements alimentaires sont également un grand facteur de risque au développement de la maladie. Les portions alimentaires et l'alimentation industrielle évoluent, les prix des produits transformés et de mauvaises qualités diminuent. Tout ce système pousse à la surconsommation, quand dans le même temps, les valeurs culturelles concernant le gaspillage se modifient. A ces quantités de nourriture plus imposantes est ajouté l'injonction de tout finir. Ce paradoxe entraîne des comportements alimentaires de gavage participant à l'expansion de la prise de poids. Le temps du repas laisse peu à peu la place à une alimentation moins qualitative et plus quantitative, espacée sur la totalité d'une journée.

L'urbanisation participe également à une augmentation de l'obésité. Les modes de transport évoluent vers des outils mécanisés limitant nos activités physiques. La voiture, les transports en commun, les ascenseurs sont autant de créations techniques qui réduisent nos dépenses énergétiques et favorisent, là encore, la sédentarité et la passivité de nos engagements corporels.

L'obésité dépend du milieu familial et social dans lequel on évolue. Plusieurs facteurs de risques prénataux ont été vérifiés comme le tabagisme maternel, le surpoids et l'obésité maternelle, la prise de poids excessive pendant la grossesse, un milieu socio-économique défavorable, le déficit ou l'excès de croissance du fœtus.

*ROBERTS S. en 1988* fait l'hypothèse que les mères obèses transmettraient des patterns de passivité à leurs enfants. L'auteur parle d'ailleurs d'obésité issue de « *mimétisme comportemental mère/enfant* ».

Des études ont montré que « *le contrôle alimentaire parental a une influence significative sur le poids* » (Agras & Mascola, 2005). Ils décrivent deux types de comportements parentaux qui influencent le développement de l'obésité.

Si le parent est trop restrictif, l'enfant désirera d'autant plus l'aliment et aura tendance à braver les interdits. A l'inverse si le parent est trop laxiste sur le contrôle alimentaire, l'enfant ne sera pas guidé dans ses choix alimentaires et aura alors tendance à concevoir une alimentation déséquilibrée.

Tous ces éléments environnementaux impactent et interagissent avec les comportements humains. L'irrégularité du repas, la diminution du temps de sommeil ou encore le travail nocturne vont impacter la régulation du métabolisme qui est normalement permise par une horloge biologique stable. Tous ces nouveaux comportements développés par l'évolution sociétale favorisent ainsi la prise de poids.

- **Hérédité et génétique :**

Au niveau génétique, les recherches scientifiques ont démontré que la mutation d'un gène unique pouvait être impliquée dans la prise de poids pathologique. Cette mutation est identifiée sur la voie leptine/mélanocortine. Lors de cette mutation, la production de leptine diminue. Cette hormone, sécrétée par les adipocytes, contrôle l'équilibre énergétique et régule la faim. La perturbation de production de leptine trouble le contrôle de l'équilibre énergétique et engendre la perte de sensation de satiété.

Cette mutation monogénique est rare. Elle est particulièrement retrouvée dans des formes rares d'obésité infantile.

Il est plus courant de rencontrer une obésité provenant de mutation de plusieurs gènes. Dans ce cadre ce n'est pas la génétique en elle-même qui provoque l'obésité mais bien l'interaction de cette génétique avec des facteurs environnementaux. Cette mutation multigénique est donc à l'origine d'une prédisposition à l'obésité, qui s'exposera lorsqu'elle entrera en relation avec un milieu favorisant son expression.

L'*INSERM* estime que si un membre de la famille est obèse, l'individu aura deux à huit fois plus de risque de développer cette pathologie. Les découvertes et statistiques médicales font état d'une prédisposition à l'obésité dès lors qu'est présent un antécédent familial.

*BOUCHARD C.* a démontré en 1988 que le génotype a une implication de 25% dans la proportion et la masse totale des adipocytes d'un individu. Ce degré d'héritabilité appuie l'hypothèse selon laquelle l'obésité peut être partiellement provoquée par la transmission de l'information héréditaire.

Au niveau épigénétique, on peut transposer la notion de « *phénotype économe d'épargne* » (Hales et Barker, 1992) à la malnutrition in utéro qui peut fragiliser les cellules hépatiques du fœtus. Ces cellules peuvent devenir déficientes dans le cas de l'obésité.

- **Psychologique**

Toutes les personnes obèses n'ont pas nécessairement un problème de fonctionnement psychique. Cependant lorsque ces personnes consultent un praticien, il est fréquent de constater des troubles ou des fragilités associées à la maladie.

« *On peut associer l'obésité à tous les troubles psychiatriques concevables, y compris la névrose et la psychose* » (Bruch et al., 1994).

Cette phrase démontre la difficulté à établir un tableau de facteurs de risque psychiques, d'autant plus que ces facteurs psychiques peuvent être à l'origine du développement de la pathologie nutritive mais aussi résulter de la situation d'obésité. Il est nécessaire d'être vigilant sur cette question d'étiologie psychologique, les études n'ayant pas démontré avec précision et clarté un lien de causalité entre l'obésité et le trouble psychique.

Toutefois il est établi que la dépression, le stress, les carences affectives, les troubles de l'humeur, les phénomènes de deuil sont autant de situations qui amènent, par compensation, l'excès de prise alimentaire ou la diminution d'activité physique. Ces facteurs psychologiques peuvent favoriser la sensation de faim ou le désir de manger pour se réguler. L'obésité peut donc provenir de fragilités psychiques.

Certaines maladies psychiatriques peuvent conduire vers l'obésité.

La bipolarité qui est un **trouble de l'humeur** est caractérisée par une prise alimentaire excessive sur un temps assez court, suivie de comportements compensatoires. Ce trouble du comportement alimentaire peut mener vers une obésité.

C'est également le cas du syndrome dépressif. Il est généralement associé à une humeur triste et une anhédonie accentuant la sédentarité et l'inactivité physique.

Selon le DSM V, un des critères de l'épisode dépressif (épisode pouvant être présent dans ces deux troubles de l'humeur) est la perte ou le gain de poids significatif ou la perte ou le gain de l'appétit.

Madame M est diagnostiquée bipolaire.

Elle subit des changements de comportement alimentaire en fonction de la phase émotionnelle dans laquelle elle est installée. Lorsque je la rencontre elle sort d'une phase dépressive qui s'est accompagnée d'une importante prise de poids. Lorsque son état est stabilisé elle dit utiliser la nourriture pour ressentir l'unité de son corps et favoriser son état de stabilité interne.

Comme nous l'avons abordé, l'obésité réactionnelle survient en réponse à un événement traumatique. L'obésité peut donc être une réponse à un **facteur de stress** intense ou à un syndrome de stress post-traumatique.

Dans ces situations, des comportements alimentaires perturbés peuvent survenir afin de se détourner du stress, des émotions provoquées par l'évènement.

La prise alimentaire peut également permettre de réguler et d'atténuer les émotions négatives déjà présentes.

Dans le cas où l'intégrité physique aurait été atteinte lors de l'évènement traumatique, l'obésité peut servir de protection pour repousser l'autre.

Cette situation nous pouvons la retrouver lors du vécu de **deuil**. Par exemple la perte d'une personne proche entraîne une première phase de choc. Lors de cette phase la nourriture peut servir de compensation à la tristesse et l'anxiété provoquées par la perte. Confronté au stress, le comportement compulsif peut donc être une stratégie d'adaptation pour compenser l'anxiété.

Dans l'obésité de développement on a vu que le sujet se construisait sur une base instable liée à une relation mère/enfant inadaptée. Le comportement alimentaire étant désorganisé, il va impacter la construction psychologique du sujet.

C'est ce qu'on retrouve chez les enfants en **manque d'affectivité**. Certains enfants subissent de la maltraitance, des abandons, évoluent dans un environnement précaire. Toutes ces situations créent une carence affective qui sera, pour certains, palliée par l'alimentation. La prise de nourriture semble pouvoir créer un sentiment de remplissage du vide interne et de réunification psycho-corporelle chez ces personnes dont la composante corporelle est dissociée de la composante psychique. Dans ce cadre l'alimentation et les sensations internes qui en découlent apporteront un sentiment de continuité d'existence.

Cette nécessité de rétablir une unité psychocorporelle par l'alimentation s'observe également dans les **troubles de l'identité** comme la schizophrénie. Chez ces personnes le morcellement corporel est tel que l'ingestion d'aliment aura pour effet une unification de soi. Dans ces troubles « *le grignotage structurel* » (Waysfeld, 2014, p.155) représente une défense contre les angoisses de disparition du sujet schizophrène.

## 2.3 Compulsion ou gourmandise ?

### 2.3.1 *Acte de manger*

Pour les psychanalystes, en accord avec la traduction hébreu de « manger » qui est « unité-totalité », l'acte de nourrissage permet de ramener la totalité des aliments à soi, de se réunifier. C'est également un acte culturel qui nous intègre dans un groupe, favorisant l'accroissement du sentiment d'appartenance et d'identification. En mangeant l'individu interagit avec le monde environnant et se réunifie.

Se nourrir est indispensable pour notre survie et notre développement psychocorporel. C'est avant tout une réponse à un besoin physiologique, mais l'acte de manger est également influencé par nos émotions. Il fluctue entre besoin et désir.

Au niveau physiologique trois sensations alimentaires apparaissent dans l'acte de manger :

- La faim est une sensation vitale, un état de motivation interne qui conduit à la consommation d'aliments. Tout un mécanisme physiologique se met en marche pour signaler le besoin de réapprovisionner nos réserves énergétiques. La faim s'accompagne généralement de sensations de ventre creux, de gargouillis...
- Le rassasiement quant à lui est partiellement lié au goût de l'aliment et à la diminution progressive du plaisir qu'il provoque. Il est accompagné d'une sensation de remplissage et de perte d'appétit au cours du repas. L'estomac se distend par son remplissage ce qui amène l'arrêt de l'alimentation.
- La satiété est le fait de ne pas avoir faim. On la retrouve entre les repas, lorsque l'individu n'éprouve aucun attrait pour la nourriture. Il peut également s'agir d'une absence de besoin physiologique d'énergie. C'est un état d'inhibition alimentaire. Pour y accéder on estime que le dernier repas doit avoir duré au moins vingt minutes, exigeant de prendre le temps de manger.

Ce processus est suivi d'une réponse comportementale alimentaire adaptée. La prise alimentaire s'atténuera à mesure que la sensation interne de faim disparaîtra, satisfaite par la réponse donnée. Cependant le comportement alimentaire, en plus de remplir un besoin physiologique, est souvent accompagné d'émotions positives et de plaisir.

On peut alors parler d'appétit, d'envie de manger. Celle-ci ne provient pas de processus physiologiques mais plutôt de processus psychologiques. Cette sensation est généralement agréable et a une fonction anticipatrice.

Elle peut être motivée par :

- La faim sensorielle qui se manifeste lorsque des odeurs, des visions de nourritures stimulent nos cinq sens et développent une sensation d'envie.
- La faim affective, provoquée par des émotions. Manger peut être motivé par le bien-être procuré par un aliment plaisir, les souvenirs qu'il engendre. Manger peut aussi être un moyen défensif de combler un sentiment de vide, d'ennui, de stress ou de faire taire une souffrance.

L'écoute de nos sensations alimentaires est donc primordiale dans l'acte de manger. En effet, l'attention portée aux signaux physiologiques ajuste nos comportements alimentaires.

*Alors comment se fait-il que l'obésité soit de plus en plus présente dans nos sociétés ?*

### 2.3.2 Comportement alimentaire troublé

Chez les personnes obèses les sensations internes sont bien souvent ignorées ou confondues et leurs comportements alimentaires ne sont, dans la plupart des cas, plus dirigés vers la réponse au sentiment de faim.

Certaines particularités psychiques et émotionnelles associées à des facteurs environnementaux et génétiques entraînent des troubles du comportement alimentaire chez la personne obèse.

Ces troubles sont à l'origine d'une surconsommation alimentaire parfois inconsciente renforçant et aggravant le niveau d'obésité.

Bien que l'obésité soit généralement le résultat d'une sédentarité associée à une absorption de forts volumes alimentaires, pour **60% des sujets** atteints la surconsommation est créée par des troubles du comportement alimentaire :

- Le grignotage : il se caractérise par la consommation de petites quantités de nourriture entre les repas. Le grignotage se fait sans qu'une sensation de faim soit ressentie. Il est majoré par la disponibilité et la facilité d'accès des aliments.
- La compulsion alimentaire ou le craving : ce terme se réfère à un comportement addictif. Il se définit par une impulsion soudaine et irrésistible de se nourrir en dehors des repas. Ce comportement est généralement dicté par un désir de consommation alimentaire fort et incontrôlé.
- La noctophagie correspond au fait de se lever la nuit pour assouvir le besoin de manger. Il est démontré que 25% de l'apport calorique quotidien a lieu après les repas du soir.



- L'hyperphagie pandriale : se définit comme étant une exagération des apports caloriques lors des repas. L'individu n'a pas toujours conscience du caractère anormal de cette prise alimentaire. Les hyperphages se distinguent entre « *gourmand ou gourmet* » ou de « *remplisseurs* » (Gaumet, 2014, p.36). Les gourmands sont ceux qui prêtent attention à la qualité de leur nourriture et les remplisseurs sont les personnes privilégiant la quantité plutôt que la qualité.
- L'hyperphagie boulimique récemment reconnue par le DSM-V en tant que « *binge eating disorder* », fait l'objet d'une consommation rapide et excessive d'aliment sans qu'une sensation de faim ne soit associée.  
Ce trouble est défini par le DSM V comme étant « *la prise, en une courte période de temps (moins de deux heures), d'une grande quantité de nourriture dépassant notablement ce que la plupart des individus mangent normalement dans le même temps et les mêmes circonstances* ».  
Généralement un sentiment de vide crée cette perte de contrôle, elle-même suivie d'un sentiment de culpabilité pouvant se compliquer en dépression.

### 2.3.3 Le mangeur émotionnel

Dans l'alimentation une composante émotionnelle est presque toujours associée. Dans le cas d'émotions négatives nous cherchons une réponse rapide pour la combattre et y mettre fin. Manger est une des stratégies les plus communément adoptées par l'être humain pour réagir à l'émotion. Cependant, c'est chez la personne atteinte d'obésité que la souffrance émotionnelle sera particulièrement régulée par la prise alimentaire.

« *Chez la personne obèse nous retrouvons souvent une difficulté à identifier et élaborer les émotions perçues afin de pouvoir les gérer et les supporter* » (Gaumet, 2014, p.38).

Le sujet atteint de cette pathologie utilisera préférentiellement l'alimentation pour réguler ses émotions et sensations confondues. On leur donne le nom de « *mangeur émotionnel* » (Zermati et al., 2010).

Deux phénomènes alimentaires impliqués dans la régulation émotionnelle sont décrits chez le « *mangeur émotionnel* » :

- « **L'impulsivité émotionnelle** » se déroule lorsque manger est utilisé pour réduire la sensation de déplaisir provoquée par une émotion négative. La consommation d'aliments appréciés détourne l'attention du mangeur de ses pensées négatives et réduit l'intensité des émotions. L'émotion négative qui entrainera la motivation à consommer un aliment réconfortant n'est pas en cela une pathologie.

Cependant cette gestion émotionnelle devient problématique lorsqu'elle s'opère au détriment d'autres méthodes de régulations ou qu'elle perturbe les processus d'élaboration psychique.

- « **L'intolérance émotionnelle** » est le recours à l'alimentation en tant que stratégie d'évitement pour ne pas avoir à vivre une expérience désagréable et douloureuse. A l'inverse de l'impulsivité émotionnelle, ce n'est pas la présence d'une émotion négative qui est à l'origine de la prise alimentaire mais plutôt l'incapacité de l'individu à la supporter.

Cet évitement émotionnel conduit le sujet à développer des complications telles que l'aggravation de l'intolérance émotionnelle. L'individu aura une plus faible tolérance au ressenti d'une émotion, entraînant une réaction alimentaire même lors du vécu d'une émotion de faible intensité.

Une autre complication peut être le trouble du réconfort. Après une restriction alimentaire le sujet essaie de se réconforter avec un aliment plaisir. Succombant à la tentation, cet aliment devient chargé de contenu émotionnel négatif comme la culpabilité. L'aliment n'étant plus réconfortant, le mangeur consommera des quantités abondantes sans jamais retrouver le bien-être créé initialement par l'aliment plaisir.

Les complications de ces deux phénomènes engendrent des comportements compulsifs.

Une étude faite par *Davis C. & al en 2003* dévoile que la prise de poids identifiée chez les personnes obèses sujettes au craving, proviendrait d'une hyperstimulation du système de récompense. Le comportement compulsif s'expliquerait par une recherche incessante de récompense (créée par un aliment apprécié). Les doses alimentaires sont donc augmentées par l'individu dans l'espoir de retrouver la sensation de plaisir initialement éprouvée lors de la consommation de cet aliment.

Ce fonctionnement, comparable à celui du trouble du réconfort, cause une prise de poids mais aussi une anhédonie c'est à dire la perte du sentiment de plaisir.

En répondant à mon questionnaire (*se référer à l'annexe*), la moitié des patients atteints d'obésité (8/16) rencontrés lors de mon stage, expriment n'éprouver aucun ou peu de plaisir à manger. Il est par ailleurs perçu, par les huit personnes, comme un moyen compulsif d'évacuer leur stress. Trois d'entre eux comparent l'alimentation à un automatisme auquel aucune sensation n'est associée mais dont l'arrêt est compliqué.

Le comportement alimentaire est une stratégie commune à tous qui est impliqué dans la régulation émotionnelle.

En effet, dans le développement de chaque être humain, l'enfant investit des zones érogènes telles que la bouche lors du stade oral (de la naissance à 9 mois). Développée par Freud, cette période correspond aux expériences sensorielles vécues par l'enfant avec sa bouche.

Le plaisir et la pulsion orale sont dues à la recherche d'incorporation. L'incorporation du lait maternel entraîne un sentiment de plaisir chez l'enfant qui s'unit à ce liquide et ressent le trajet de celui-ci à l'intérieur de son corps. C'est un premier mode d'identification.

Cependant certaines personnes, et notamment une majorité de personnes obèses, autorisent des comportements compulsifs comme réponse aux émotions négatives. S'opère alors une recherche constante de satisfaction menant peu à peu vers une perte du sentiment de plaisir et vers une augmentation de la culpabilité.

Le dysfonctionnement émotionnel peut causer une suralimentation mais peut également en être la conséquence.

Finalement il transparait que le lien entre émotion et comportement alimentaire est très étroit, l'émotion étant la source de nombreux troubles alimentaires. Cela laisse entrevoir un des rôles majeurs de la psychomotricité dans l'accompagnement de certaines personnes en situation d'obésité.

## 2.4 Conséquences médicales et comorbidité

L'obésité est la cinquième cause de mortalité dans le monde. Ce taux de mortalité se traduit par l'existence et l'association à de nombreuses comorbidités.

Parmi les problèmes de santé les plus souvent rencontrés chez ces personnes, on retrouve :

- Le **diabète de type deux**. Le risque de développer du diabète est corrélé à la corpulence. Les cellules graisseuses présentent en excès, troublent le métabolisme lipidique. L'insuline ne parvient plus à agir pour réguler convenablement l'homéostasie. Ainsi le taux de sucre dans le sang, aussi appelé glycémie, reste anormalement élevé après le repas créant un risque accru de comorbidité diabétique.
- Les **maladies du système cardiovasculaire** telles que l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les maladies coronariennes. Le taux de lipides étant plus conséquent chez les patients atteints d'obésité, les artères et coronaires auront plus de risque de s'obstruer. Cette formation de masse lipidique qui entrave la circulation sanguine peut être à l'origine d'un dérèglement du rythme cardiaque et, dans certains cas graves, d'une mort subite par infarctus du myocarde qui se nécrose par défaut d'apport sanguin. Stein a démontré en 2004 que près de 30% de la mortalité cardiovasculaire était liée à une surcharge pondérale.

- Les **maladies respiratoires**. L'apnée du sommeil, l'essoufflement, l'asthme sont plus fréquents chez les patients obèses que dans le reste de la population. La prise de masse adipeuse augmente le phénomène d'essoufflement d'une part parce que le taux de graisse comprime la zone thoracique et d'autre part parce qu'un corps plus lourd nécessite plus d'effort et de production d'énergie pour être déplacé. La fréquence respiratoire augmente et le volume d'air respiré diminue. En ce qui concerne l'apnée du sommeil, le même processus s'opère. Lorsque la personne obèse dort, la probabilité que des pauses respiratoires aient lieu augmente. En effet les voies aériennes supérieures sont comprimées par l'excès de masse graisseuse qui remontent vers la partie supérieure du corps en position allongée.
  
- Les **cancers** peuvent apparaître des suites de l'obésité. Chez la femme le cancer du sein et de l'endomètre sont les plus fréquents et apparaissent surtout après la ménopause. Chez l'homme le cancer du côlon et du rein est majoritairement observé. Des études ont également trouvé des liens entre l'obésité et les cancers de l'œsophage, de la vésicule biliaire, des ovaires et du pancréas.
  
- Des **maladies ostéo-articulaires** comme l'arthrose se révèlent avec l'obésité en raison de la surcharge pondérale qui s'exprime sur les os et les articulations. Ils s'en trouvent fragilisés et donc plus douloureux. Cette pression s'exerce surtout sur les articulations de la jambe, soumises à l'appui du corps.
  
- La **statéo-hépatique non alcoolique** est aussi fréquemment associée à l'obésité. L'accumulation excessive de graisse se retrouve dans le foie sous forme de triglycéride. Le volume du foie augmente jusqu'à ce qu'une inflammation apparaisse entraînant la destruction progressive des cellules hépatiques. Cette maladie peut provoquer une fibrose et évoluer vers un cancer du foie.
  
- Des **complications dermatologiques** avec une sudation plus importante chez ces personnes. Cela peut, à long terme, provoquer des irritations et des lésions particulièrement présentes au niveau des plis et des bourrelets corporels. Ce sont également des zones où les frictions de peau à peau sont augmentées, développant des douleurs.

Toutes ces conséquences et comorbidités associées à l'obésité sont accompagnées de restrictions physiques et sociales.

C'est une pathologie handicapante qui répond à la définition donnée par l'OMS « *est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée [...], en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* ».

Le sujet en situation d'obésité est handicapé par son poids et ses diverses conséquences. Une restriction physique est toujours constatée chez ces patients. L'importance des contraintes musculaires et articulaires demandent plus d'effort et de temps pour parvenir à se mouvoir.

Cette diminution des capacités mobiles peut entraver la participation sociale des personnes obèses, préférant alors un mode de vie plus sédentaire et isolé. La qualité de vie de la personne atteinte d'obésité se trouve diminuée.

## 2.5 Traitements et limites

De nos jours, une diversité de traitements contre la prise de poids est accessible. Les personnes, obèses ou non, dont la volonté est de perdre du poids sont tentées de se diriger vers des techniques dites rapides. Seront alors privilégiés les régimes et la chirurgie à l'instar de la mise en déficit calorique jugée trop fastidieuse par la plupart. L'obésité, maladie chronique, ne se guérit pas. Il n'existe actuellement aucun traitement médical destiné à combattre l'obésité. La médecine agira par de la prévention, sur la réduction des symptômes et la prise en charge des comorbidités.

### 2.5.1 *Régimes et effet « yoyo »*

*« Je maltraite mon corps : soit je le nourrit trop, soit je l'affame »*  
- Parole d'une patiente.

Face à l'émergence de la minceur comme model sociétal de beauté, les régimes alimentaires sont exposés comme étant la solution au surplus pondéral.

Bien longtemps le régime était prescrit par les médecins et nutritionnistes à toutes personnes demandeuses d'amaigrissement.

Cependant si la perte de poids s'effectue sur le court terme, ce « remède miracle » cache son implication dans le développement de comportements alimentaires troublés.

C'est au début des années 1970 que l'on accorde aux régimes amincissants leurs inefficacités et leurs rôles dans une reprise de poids.

Dans la majorité des cas le régime est l'accélérateur de la prise pondérale. Le plus souvent ce sont les sujets eux-mêmes, obèses ou non, qui sont demandeurs de régimes restrictifs. Ils le perçoivent comme un moyen d'accès rapide à la minceur et ainsi à tous les plaisirs. Cependant les régimes sont reconnus comme dangereux par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES).

En effet, l'étude réalisée en 2010 démontre que les régimes sont à risque pour la santé et entraînent de graves conséquences sur le poids et le comportement alimentaire.

« Un amaigrissement de 10% ou plus du poids initial va provoquer une modification du comportement alimentaire visant la restitution de la masse perdue » (Waysfeld, 2014, p. 79).

Lorsque le comportement alimentaire est adapté, l'alimentation est seulement sensoriel répondant à un besoin vital exprimé en sensation et émotion.

Dans le cas de la restriction alimentaire engendrée par les régimes, le rapport à l'alimentation est perturbé et modifié. Les individus mentalisent l'alimentation plutôt que de la ressentir.

Les effets de la restriction, présents chez tous ceux ayant fait un régime, ont été démontrés par la « *théorie de la restriction cognitive* » (Herman & Polivy, 1984). Ils la définissent comme l'intention de contrôler mentalement son comportement alimentaire afin de maigrir ou de maintenir un poids stable.

Dans cette théorie, la restriction cognitive est l'alternance entre deux états avec une périodicité variable. Les deux états s'observent lors de deux temps :

- La première phase est associée à un **hypercontrôle** des calories ingérées : L'individu inhibe certains comportements et aliments pour accéder à la perte de poids. Il agit mécaniquement au service du régime imposé. Dans cette première phase des dérapages peuvent survenir, induisant l'ingestion d'aliments interdits à forte teneur calorique, mais de manière limitée et maîtrisée. Les sensations alimentaires sont inhibées ; ni la faim, ni le rassasiement, ni la satiété ne sont reconnus. Cette phase est aussi nommée phase d'inhibition sans perte de contrôle. Le comportement alimentaire est toujours contrôlé.
- La deuxième phase est associée à un effet de « **violation de l'abstinence** » (Herman & Polivy, 1984). Dans ce deuxième temps, des levées d'inhibition se produiront. Face à un aliment de prédilection ou un milieu appétant, l'individu perdra le contrôle sous forme de comportement boulimique ou compulsif incontrôlé. C'est la phase de désinhibition.

Cette théorie démontre l'effet délétère de la restriction imposée par les régimes alimentaires. La restriction cause la plupart des échecs de régime.

Elle est généralement inefficace et dangereuse car elle maintient le sujet obèse dans son état physique et aggrave sa souffrance mentale.

La demande de régime se fait lorsque le patient a une bonne estime de lui-même mais qu'il juge son poids trop élevé. Puis, après avoir vécu de fortes fluctuations pondérales et des frustrations physiques et psychologiques devenues insupportables, le régime sera la plupart du temps abandonné.

Finalement les régimes restrictifs, idéalisés par beaucoup car considérés comme le moyen le plus rapide de perdre du poids, provoqueront des déséquilibres alimentaires et l'apparition de troubles métaboliques.

Il n'est pas rare de voir apparaître des compulsions et des troubles alimentaires chez des personnes n'en ayant jamais eu auparavant.

L'effet « yoyo » des régimes avec le passage simultané de la phase d'hyper contrôle à la phase de désinhibition, poussera progressivement les individus vers un niveau pondéral plus élevé. Cette reprise de poids se soldera par un sentiment d'échec impactant l'estime de soi.

Le régime, par les complications qu'il provoque, peut alors générer une perte de confiance en soi et l'établissement d'une image du corps dévalorisée.

### 2.5.2 Chirurgie bariatrique

Selon la Haute Autorité de Santé, la chirurgie bariatrique est une aide métabolique et mécanique qui permet la diminution de la quantité d'aliments consommés et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme. C'est un acte complexe réglementé par l'HAS.

Elle n'est indiquée que pour les patients avec un IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> ou ayant un IMC supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> associé à des comorbidités sévères qui pourraient être améliorées ou supprimées par l'opération.

Il est également nécessaire que le patient ait échoué dans toutes les tentatives de perte de poids. La prise en charge chirurgicale n'est autorisée que dans le cas où les stratégies diététiques et nutritionnelles, adoptées par le patient, renforcent les mauvaises solutions de perte.

De plus pour avoir accès à la chirurgie bariatrique le patient doit accepter le risque opératoire et ne pas présenter de contre-indications telles que des troubles cognitifs sévères, des troubles de conduites alimentaires sévères et instables ou des pathologies addictives.

Cette chirurgie vise une amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient. L'objectif est d'accompagner le patient vers une perte de poids durable mais aussi de supprimer ou réduire les comorbidités.

Il existe deux grandes techniques de chirurgie bariatrique :

- Les **techniques restrictives pures** qui réduisent la prise alimentaire par la réduction de la taille de l'estomac. Le patient garde le contrôle sur son alimentation, la réduction de la taille entraînant simplement une satiété plus rapide. Il existe trois techniques particulières qui sont : l'anneau gastrique, la gastrectomie longitudinale et la gastroplastie verticale calibrée.
- Les **techniques mixtes** qui sont à la fois restrictives et malabsorptives. Ces techniques rétrécissent là encore la taille de l'estomac mais y ajoute une diminution de l'assimilation alimentaire par l'organisme. Une partie de l'intestin grêle est court-circuitée pour réduire l'assimilation par l'organisme. L'évacuation des nutriments est alors accélérée. Deux techniques sont à disposition pour cet acte : le bypass gastrique et la dérivation biliopancréatique.

La chirurgie est encadrée par des recommandations de bonnes conduites mais ne dit rien des problèmes adaptatifs si fréquemment soulevés par un amaigrissement rapide, massif et durable. En effet, la perte et les fluctuations de poids suscitées par l'opération bouleversent l'équilibre psychologique de la personne. Les repères corporels et l'image du corps sont modifiés par cette transformation brutale.

Derrière une chirurgie efficace sur le volume corporel se cache souvent le souvenir de l'obésité. « *Le corps est matière à mémoire* » (Peuteuil, 2014, p.117).

La masse grasse diminue occasionnant la perte d'élasticité de la peau. Elle est distendue et tombante, rappelant l'ancienne condition d'obèse. Cette nouvelle difformité impliquant de nouvelles limites corporelles, peut également engendrer des répercussions psychiques et chambouler l'image du corps.

De la même manière que le corps garde des traces de l'obésité, le psychisme du patient ne se modifie pas avec la perte de poids. « *Les obèses maigres* » (Bruch et al., 1994, p.230) est un terme donné aux obèses qui réussissent à maigrir et à stabiliser leur poids mais dont les conflits psychiques ne sont pas résolus. La perte de poids ne suffit pas à la guérison. Un obèse reste obèse malgré un amaigrissement parce qu'il conserve ses failles psychiques, la plupart des symptômes fonctionnels et des attentes irréalistes.

Cela est d'autant plus vrai que la perte pondérale est brutale ne laissant pas le temps au sujet d'intégrer les réaménagements psychocorporels constitués. La rupture avec l'état antérieur peut créer chez le patient une désorientation et une perte de repère entravant la stabilité psychique.

Je rencontre Madame P qui a perdu beaucoup de poids suite à l'installation d'un bypass gastrique. Elle explique se sentir dissociée en deux personnes à part entière. D'un côté sa nouvelle identité provenant de sa perte de poids et de l'autre l'ancienne madame P qui est obèse.

Elle dit avoir besoin de se rappeler de cette ancienne personne qui correspond à sa réelle identité, à sa vraie nature. La perte de poids massive et rapide conduit à une perte d'identité chez la patiente qui a un besoin fréquent de se remémorer, de re-visualiser (à l'aide de photo notamment) son corps pour se retrouver avec elle-même.

Le remaniement identitaire est très perturbant pour Madame qui oscille entre deux représentations corporelles et deux personnalités différentes.

D'autres approches moins invasives et favorisant une perte de poids progressive peuvent être proposées dans l'accompagnement de la personne obèse. L'approche encouragée par la médecine est la prise en charge diététique associée à une reprise d'activité physique encadrée. A cela il est indispensable d'ajouter un suivi psychologique. La prise en charge pluridisciplinaire est à privilégier pour viser la prise en compte de la personne dans sa globalité. C'est notamment dans ce contexte que la psychomotricité rencontre l'obésité.



### **3 OBESITE ET SES CONSEQUENCES SUR L'IMAGE DU CORPS**

« *Les troubles alimentaires sont l'expression d'une souffrance qui engage fortement le rapport à soi, allant du désamour au rejet le plus total* ».

(Zermati et al., 2010, p. 257)

Il est fréquent de retrouver chez le sujet atteint d'obésité une faible estime de soi. L'image du corps est bien souvent dévalorisée par le sujet lui-même ou par le regard stigmatisant que pose la société sur cette pathologie. Ainsi, nous allons développer les impacts que peuvent avoir l'obésité sur l'image du corps.

Bien que l'image du corps soit souvent altérée chez la personne en situation d'obésité (notamment chez les patients rencontrés sur mon lieu de stage), il est important, de ne pas faire de généralisation. Certaines d'entre elles vivent au contraire en harmonie avec leur corps et possèdent une estime de soi préservée.

#### **3.1 Enveloppe corporelle**

« *La peau psychique va se construire sur les particularités de la peau physique* »

(Pireyre, 2021,p.60).

##### ***3.1.1 Le Moi-Peau***

La peau fournit une enveloppe contenant qui étaye toute activité psychique et notamment la différenciation du Moi. En étant le référent de base auquel sont rapportées les diverses données sensorielles, elle est impliquée dans la construction de l'image du corps et de l'identité du sujet .

Bion a développé en 1962, le modèle « **contenant-contenu** » dans lequel il théorise l'importance de la disponibilité de la mère pour recevoir, transformer et détoxifier les contenus toxiques projetés par l'enfant. Elle a ainsi une fonction contenant impliquée dans les phénomènes organisateurs de l'enfant et ainsi dans le développement de la symbolisation. « *L'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience* » (Ciccone, 2001).

Le rôle de contenance de la figure maternelle, est nommée fonction alpha. Elle transforme les éléments dits « bêta » qui sont la projection d'une partie de la personnalité déstructurée et en détresse du bébé, en éléments « alpha », éléments qui peuvent être intégrés par le psychique et initier le processus de formation de la pensée. Ainsi cette théorie est une première explication de la nécessité d'un contenant pour permettre le développement du psychisme et par continuité de l'identité et de la personnalité du sujet, du Moi.

Puis Bick en 1967 décrit la **fonction psychique de la peau**. Selon elle, pour que le bébé se sente contenu dans sa propre peau il doit d'abord s'identifier à l'objet contenant.

Elle décrit notamment que l'expérience du mamelon de la mère dans la bouche de l'enfant est à l'origine de la fonction contenante, rassemblant les parties de la personnalité du sujet. Cette fonction contenante apparaît au bébé comme une peau. Elle nomme cette peau psychique, « première peau ». Ainsi la contenance de la mère apportée par le mamelon mais aussi par son portage, son enveloppement et ses paroles permet le rassemblement de l'espace interne de l'enfant et participe au développement de sentiment d'existence et de sécurité du sujet à l'intérieur de sa peau.

Anzieu, à partir de ces théories, développe la notion de « **Moi-Peau** » en 1985. Il définit le Moi Peau comme « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* »(Chabert et al., 2007, p.20). Ainsi, selon lui la peau, par sa fonction de contenance, est l'enveloppe du Moi. Il considère que par l'expérience sensorielle, l'enfant intègre la surface de son corps, c'est à dire sa peau et la symbolise. La différenciation du Moi s'opère par cette intégration de la peau. Ainsi Anzieu nomme Moi-Peau cette représentation symbolique qui introduit la question des limites corporelles délimitant le dedans du dehors ainsi que l'interface avec le monde.

Finalement on peut dire que le Moi-Peau est la reconnaissance de l'implication de la peau dans la création de notre identité.

« *La peau est d'une importance primordiale. Elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du moi et de ses principales fonctions* »(Pireyre, 2021).

Anzieu décrit huit fonctions du Moi-Peau qui sont construites à partir des fonctions spécifiques de la peau et des fonctions du Moi :

- La **maintenance** : « *de même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-Peau remplit une fonction de maintenance du psychisme* » (Chabert et al., 2007,p.26). La fonction de maintenance du psychisme se développe par l'intériorisation du portage aussi bien physique que psychique de la mère (holding selon Winnicot).
- La **contenance** : Le Moi-Peau recouvre et contient tout l'appareil psychique, en accord avec la peau qui recouvre toute la surface du corps. On peut faire le lien avec le handling de Winnicot qui représente les soins maternels.
- La **pare-excitation**, aussi nommé la constance : au même titre que la peau reçoit l'organisme des agressions et excitations externes, le Moi-Peau défend le psychisme contre les pulsions endogènes.

- L'**individuation** : Le Moi-Peau, aussi bien que la peau qui présente des différences individuelles, assure une fonction d'individuation de soi. Par la pensée personnelle par exemple, se développe chez tout à chacun le sentiment d'être un être unique.
- La **sexualisation** : Le Moi-Peau a une fonction de soutien de l'excitation sexuelle. Il représente la surface sur laquelle est localisée des zones érogènes, est reconnue une différence de sexe et un désir de leur complémentarité.
- La **signifiante** : Le Moi-Peau est impliqué dans la production des premières formations symboliques en associant des représentations de choses et mots, tandis que la peau enregistre les traces de l'interaction du corps et du monde.
- La **recharge libidinale** : Les excitations externes font de la peau une source constante de stimulation tonique permettant au Moi-Peau de maintenir cette tension énergétique interne et de recharger libidinalement le fonctionnement psychique.
- L'**inter sensorialité** : Le Moi-Peau en tant que surface psychique relie les diverses sources d'excitation sensorielle sur le fond de l'enveloppe tactile. Ainsi un « sens commun » est créé.

L'hypothèse du moi peau de Anzieu se conçoit à partir de relations primaires sécurisantes et adaptées. Or nous l'avons vu certaines formes d'obésité, telle que l'obésité constitutionnelle, proviennent d'une relation mère/enfant inadaptée, ne permettant pas le développement de l'intégrité de l'enveloppe corporelle.

Anzieu précise que chaque fonction du Moi-Peau peut être l'objet d'une atteinte. Chez la personne en situation d'obésité, ce sont les fonctions de maintenance et de contenance qui semblent particulièrement déficientes. Ainsi, avec la défaillance de certaines fonctions du Moi-Peau qui habituellement confèrent au Moi une enveloppe narcissique et un bien être psychique, le sujet obèse pourra avoir une enveloppe narcissique dégradée associée à une perte d'estime, de considération de soi.

### 3.1.2 *Moi graisse*

Que l'obésité soit constitutionnelle, réactionnelle ou acquise, l'enveloppe de gras qui sépare la peau de l'espace interne du corps peut causer la perte de repères telles qu'une perte du sentiment de contenance et de maintien psycho-corporel. La notion de « Moi-Peau » est alors déclinée en notion de « **Moi Graisse** » (Peuteuil, 2014,p.96).

Peuteuil explique que la graisse agirait en tant que tampon pour amortir ou diluer les agressions extérieures qui menaceraient l'homéostasie.

Cependant la graisse jouerait également l'effet inverse en empêchant l'extériorisation des conflits internes. Il fait alors l'objet d'une **couche isolante**, parfois protectrice.

« *Isolé par son corps, l'obèse l'est également dans son corps* » (Peuteuil, 2014, p.76).

Le sujet lui-même est isolé de son corps. Un excès de graisse se développe au dépend du corps, entraînant une perte de perception de ses limites. Le corps « envahi » par le tissu adipeux, n'est plus contenu ni reconnu. Il devient informe, imposant et sans limites stables. Tout cela génère chez le sujet un désinvestissement et une désappropriation de son corps.

Une des patientes rencontrées lors de mon stage illustre cette perte de repères en racontant : « *Mon corps est hors norme, il a fallu trois pompiers pour me relever de ma chute* ».

Elle explique que son corps en plus de ne pas correspondre aux normes sociétales de beauté, représente une telle difformité qu'il en est exposé au monde sans y avoir sa place. La perte des notions réelles du volume corporel peut entraîner un phénomène un rejet de la relation. Ne reconnaissant pas les limites externes de son corps le sujet aura tendance à éviter l'entrée en relation par peur de paraître trop imposant, d'envahir l'espace personnel de l'autre.

A l'inverse, l'obésité peut survenir pour retrouver des limites corporelles abrasées par le vécu d'un événement traumatique. En effet, 30 à 50% (Canchy-Giromini et al., 2015) des personnes obèses ont subi des traumatismes physiques et/ou psychologiques au cours de leur vie. L'obésité se développerait donc dans un contexte de désorganisation psychocorporelle causée par le traumatisme. Finalement « *l'obésité apparaît comme un processus de relibidinisation, de relance de l'activité psychique autant que de recharge de l'investissement narcissique et libidinal* » (Dumet, 2002). L'obésité permet de passer par le corps pour tenter de rétablir une réorganisation du sujet et un sentiment d'existence.

De plus, ce surplus graisseux peut être comparé à une **seconde peau protectrice**.

Madame M explique avoir vécu, dans son enfance, des attouchements sexuels. Elle dit avoir pris du poids dans l'adolescence afin de faire de son corps une « carapace ». Prendre du poids était pour elle un moyen de protection pour repousser les hommes. Manger lui permet également de compenser les reviviscences de cet événement et de ressentir, par l'ingérence des aliments, un espace interne vivant.

En jouant son rôle de tampon, la graisse amortie l'impact des agressions extérieures sur le sujet. A cela s'ajoute la forme et la gêne que peut occasionner, en étant une déformation du normal, le « corps gros » qui aura alors tendance à repousser l'autre. Ainsi, la couche graisseuse isole l'individu du monde extérieur.

Le corps imposant permet au sujet d'être vu et ainsi d'être reconnu dans son existence tout en protégeant son monde intérieur et psychique des atteintes externes. Un clivage défensif s'exerce alors séparant le corps du psychique.

Ainsi, on observe chez la personne obèse une dissociation du corps et du psyché. Il ne semble plus habiter son corps, qui par l'absence de limite lui devient étranger. Le sujet se dirigera dans « *la quête de sensations de plus en plus violentes et le recours au factuel et au monde perceptif, au détriment du monde interne, des représentations et des émotions qui leurs sont attachées* » (Garnier & Benzerouk, 2015).

Le sujet obèse n'est plus en capacité de donner sens au vécu corporel et aux émotions associées, appuyant une désappropriation de son corps. Le sujet se vit à l'extérieur de son corps avec une incapacité de symbolisation.

### 3.2 Émotions, sensations et représentations :

« Tout est vécu dans une fusion et une difficulté de différenciation »  
(Gougoulis, 2013)

Les sensations et les émotions sont à l'origine de la construction de l'image du corps mais aussi de sa composante qualitative. Le sujet se construit dans l'action et l'expérience sensori-motrice, il accède ainsi peu à peu à la fonction symbolisante. Cependant ce processus est fréquemment perturbé chez le patient obèse chez qui émotions, sensations et pensées se confondent.

#### 3.2.1 *Sensations corporelles*

Le sujet obèse en proie à de fortes modifications corporelles, n'a pas toujours conscience de la manière dont a débuté la prise de poids, vécue pour beaucoup comme soudaine. Ne s'étant pas construit avec, les sujets auront tendance à se séparer de ce corps vécu comme étranger et désavantageux. Ainsi le corps non reconnu entraîne le clivage si souvent observé chez les patients obèses reçus sur mon lieu de stage.

Cela se matérialise par un désinvestissement corporel, une incapacité à reconnaître, différencier et intégrer les sensations internes. S'isoler de ses sensations peut faire office d'un refus d'acceptation et d'accueil de ce corps.

Cependant la perte de sensations corporelles peut également provenir de la sédentarité du sujet, provoquant la perte d'expériences sensorielles et donc de leur intégration psychique. « *Cette difficulté pourrait résulter d'un manque d'expériences sensori-motrices si le corps a été insuffisamment en mouvement* » (Gaumet, 2014).

Par le poids et la masse du corps obèse, une réduction de l'activité physique ainsi que de l'amplitude de mouvement est presque toujours observée. De plus, l'enveloppe grasseuse joue toujours le rôle d'isolant, atténuant de manière conséquente les perceptions sensorielles corporelles mais aussi celles en provenance du monde extérieur.

Ainsi, les informations sensorielles, proprioceptives et vestibulaires sont perturbées, ne parvenant pas toujours à la conscience du sujet. Il n'est pas en capacité d'apporter l'écoute nécessaire à ses sensations corporelles pour ajuster le mouvement et investir l'entièreté de son corps.

Nous pouvons mettre en parallèle un appauvrissement de la reconnaissance des sensations internes du sujet telle que la faim. Nous l'avons évoqué précédemment, l'obésité se construit de différentes manières mais est généralement entretenue par une indifférenciation des éprouvés sensoriels.

En effet que ce soit dans l'obésité constitutionnelle, construite à travers une relation mère/enfant perturbée au cours de laquelle la seule réponse aux angoisses de l'enfant est l'alimentation, ou dans l'obésité réactionnelle et acquise, le sujet ne distingue pas ses sensations de faim de ses autres éprouvés sensoriels et/ou émotionnels. S'observe alors une confusion entre faim et satiété provoquant une prise alimentaire excessive souvent décrite, par les patients rencontrés, de compulsive.

Lors d'une séance de dégustation pleine conscience (que je développe dans la partie IV), M. M explique avoir des difficultés pour s'arrêter de manger. Dès lors qu'un aliment est devant lui, il éprouve la nécessité de tout finir.

Il explique ne pas forcément ressentir de sentiment de faim à la vue de l'aliment mais plutôt une envie incontrôlable. De la même manière il ne ressent pas de satiété avant d'avoir terminé la totalité de(s) l'aliment(s).

La personne vit dans son corps avec des perceptions et des ressentis pauvres et confus. Ils semblent se situer dans l'immédiateté de l'action sans prendre le temps d'écouter, d'être attentif aux sensations internes et externes du corps. Ce phénomène est très fréquent chez les patients en situation d'obésité qui semblent perdus, presque coupés de leurs corps, entraînant un véritable clivage corps/esprit.

### 3.2.2 Pensée opératoire

L'individu atteint de cette pathologie somatique, est parfois dans l'incapacité d'exprimer ce qu'il ressent du fait d'une capacité de mentalisation des éprouvés corporels insuffisante.

La verbalisation des ressentis est très appauvrie, renvoyant à un déficit de symbolisation aussi appelé « pensée opératoire ».

La pensée opératoire est un terme développé par l'École psychanalytique parisienne. C'est « *une pensée tournée vers le concret, le banal, le réel au détriment de la vie affective, imaginative et notamment symbolique* » (Zermati et al., 2010, p.202).

Les comportements alimentaires troublés, impliqués dans la maladie d'obésité, proviennent d'un surplus de conflits psychiques.

Par exemple, le sujet mange pour tenter de réguler et d'atténuer le stress causé par le vécu d'une situation traumatique. Ainsi, la pensée du patient en situation d'obésité est seulement tournée vers le réel.

Sous le format compulsif de la prise alimentaire se cache une pauvreté de mentalisation. Le sujet est inscrit dans une forme d'automatisme, son comportement devient inconscient et dépourvu de toutes sensations et émotions.

La vie émotionnelle de la personne avec obésité s'avère être pauvre, surtout dirigée vers les émotions négatives. La personne dont l'image du corps est dévalorisée et dont l'estime de soi est faible aura tendance à se focaliser sur les émotions négatives, régulées auprès de cette population par l'acte de manger.

Le sujet entre dans un fonctionnement rationnel qui s'accompagne souvent d'une alexithymie, en accord avec une faible verbalisation de vécu émotionnel.

### 3.2.3 Alexithymie

La personne en situation d'obésité se dissocie de la réalité de ses ressentis sensori-émotionnels entraînant une difficulté à identifier, accepter et gérer ses émotions.

Comme pour les sensations, les vécus émotionnels peuvent se révéler perturbant pour la personne. Elle ne les reconnaît pas et cherche à s'en protéger en se séparant de son corps, de ses éprouvés corporels.

Ces difficultés de reconnaissance et d'expression verbale de l'émotion sont fréquemment retrouvées chez le sujet atteint de surcharge pondérale. On parle d'alexithymie, qui selon son étymologie signifie la difficulté qu'éprouve une personne à décrire son émotion avec des mots.

Sifneos, en 1973, définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect : « *une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments* » (Jouanne, 2006).

Cette définition reprend la pensée opératoire et le **fonctionnement rationnel** dans lequel sont inscrits beaucoup de patients atteints d'obésité. Il accorde cet appauvrissement de la fonction imaginaire à un appauvrissement de la verbalisation des émotions.

Les sujets obèses, bien souvent séparés de leurs corps, se séparent également de leurs émotions. Une des caractéristiques de l'alexithymique est d'ailleurs l'incapacité à identifier et à se représenter des sentiments qu'il confond avec les sensations corporelles. Cela se traduit en pratique par des sujets ayant uniquement et de manière conséquente des plaintes somatiques.

Lors de chaque verbalisation suivant des exercices de mise en mouvement, M.R exprimait toujours la même « émotion » : « ça va ». Seulement lors d'un mouvement de contraction des pectoraux, exécuté en station assise, il a pu décrire le vécu d'une tension au niveau lombaire. Nous avons donc essayé de l'amener, par des questionnements, vers une élaboration plus complète de cette sensation. Cependant, il n'est pas parvenu à distinguer l'impact psychique et émotionnel de ce vécu corporel, parvenant seulement à décrire cet état de tension.

Je trouve important de rajouter que cette alexithymie peut être entretenue par la sédentarité et l'isolement social du sujet obèse. La perte d'interaction avec le monde extérieur entraîne une perte d'élaboration et de représentation des émotions. De plus les alexithymiques, étant inexpressifs, ont des difficultés à créer des liens avec autrui. Ainsi ils s'installent dans un cercle vicieux dépourvu de capacités de ressentis et d'expressions émotionnelles.

Lors de mon stage j'ai pu remarquer que lorsque le patient est en capacité d'exprimer ses émotions celles-ci sont majoritairement (si ce n'est toujours) négatives. Ces émotions négatives jouent sur l'état psychique et s'expriment au niveau corporel en favorisant des comportements inadaptés.

C'est notamment ce qu'on retrouve chez le sujet obèse qui, soumis à des émotions négatives telles que le stress ou la culpabilité, se réfugiera inconsciemment dans l'alimentation. L'émotion négative amène un bouleversement interne qui cherche à être évité et régulé par la recherche de satisfaction apportée par l'alimentation.

Pour conclure, il est fréquent d'observer chez le sujet atteint d'obésité un désinvestissement des sensations corporelles entraînant une perte de l'unité psychocorporelle.



Il semble se séparer de son corps allant jusqu'à se séparer des sensations internes de besoins vitaux comme la faim, de ses émotions et parfois de son imaginaire.

Les émotions, les sensations et les pensées qui ont tendance à s'emmêler entraînent l'accueil de la nourriture comme objet de réconfort. Lorsque les épisodes de compulsions alimentaires se répètent, ils laissent derrière eux culpabilité, dévalorisation de soi mais aussi un sentiment de solitude. Tout cela s'inscrit dans un cercle vicieux de perte d'estime de soi.

### 3.3 Obésité : lieu de douleur multiples

Je souhaite consacrer une partie à la douleur presque toujours présente chez les patients rencontrés. En effet, nombreux sont ceux qui participent au programme de nutrition dans l'objectif de perdre du poids pour être éligible au programme lombalgie.

Ces douleurs physiques s'avèrent souvent être accompagnées de douleurs psychiques, telles que des symptômes dépressifs. Elles entretiennent généralement la dégradation de l'image du corps déjà présente chez la plupart des sujets obèses.

#### 3.3.1 Généralités

Selon l'AIED (association internationale d'Étude de la douleur) « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une tension tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion* ».

La douleur est subjective uniquement racontable par l'individu. Elle peut être objectivée par les techniques médicales actuelles en étant associée à des lésions tissulaires, mais seul le patient peut expérimenter les impacts psycho-corporels de la douleur.

Cette douleur devient chronique lorsqu'elle persiste plus de trois mois et qu'elle ne diminue pas malgré la prise de traitement. Ainsi elle entraîne une détérioration significative des capacités relationnelles et fonctionnelles mais également d'adaptation.

La douleur chronique, au même titre que l'obésité, est multifactorielle, provenant de l'interaction de facteurs biologiques, psychoaffectifs, et environnementaux.

La douleur chronique fait partie du quotidien de nombreux patients atteints d'obésité. En effet, l'excès de poids et les contraintes physiques qu'il engendre peuvent provoquer des douleurs ostéoarticulaires, musculaires ou tendineuses. Les articulations sont compressées entraînant dans la majorité des cas des lombalgies ou des douleurs au niveau des hanches, genoux et chevilles.

Cependant la douleur n'est pas seulement physique. En effet la plainte somatique peut être l'expression d'un rejet psychique de la zone corporelle concernée.

Ainsi, nous pouvons nous questionner,

*Le ressenti douloureux est-il le moyen de rejeter ce corps mal-aimé ?*

Ou au contraire,

*Le rejet de cette partie corporelle est-elle due à une douleur trop intense ?*

Il n'est pas rare que les patients en situation d'obésité décrivent une partie du corps douloureuse qui se révèle être connotée d'un sentiment négatif, d'une dépréciation. La douleur serait alors un moyen de rejet d'une partie ou de la totalité d'une zone corporelle, rendant compte d'une image du corps dégradée.

En ce sens, nous pouvons affirmer que la douleur a une signification. Elle n'est pas seulement une sensation, elle est aussi une émotion et peut servir de canal de communication verbal ou non verbal.

Les répercussions somatiques et visibles expriment la souffrance du sujet. Parfois mettre en mot nos ressentis est compliqué, nécessitant une somatisation de ceux-ci. Pour Joyce MacDougall, la somatisation est d'ailleurs un « agir du corps » qui compense la carence de symbolisation.

D'une autre manière, les patients que nous retrouvons expriment fréquemment ne pas pouvoir réaliser d'activités physiques par peur d'enclencher la douleur. Ils expriment être limités dans les actes de la vie quotidienne et ainsi ne pas être en capacité de perdre du poids.

La douleur les enferme dans une sédentarité qui, à terme, peut entraîner une kinésiophobie, c'est à dire une peur excessive ou irrationnelle de faire un mouvement. Le sujet ne fait plus d'expérimentations sensorimotrices amenant une perte de repère et de proprioception. En compensation les informations algiques se développent jusqu'à ce que le sujet ne se perçoive plus que par sa douleur.

### *3.3.2 Douleur ou protection ?*

On retrouve généralement chez les patients douloureux un bénéfice secondaire avec l'idée que la douleur, et donc l'atteinte corporelle, permette au sujet de prendre conscience de l'existence de son corps.

Le ressenti douloureux du sujet en situation d'obésité, touche l'ensemble du corps. Ce phénomène de diffusion donne lieu à une enveloppe de douleur qui devient le seul sentiment d'existence et d'unité corporelle qui leur reste, la douleur faisant partie de la personne.

*L'obèse douloureux cherche-t-il à se réapproprier son corps par le biais de sa douleur?  
Est-ce un substitut pour retrouver une unité psychosomatique ?*

Chez ces sujets douloureux, la douleur entraîne un désinvestissement corporel avec un abandon des parties douloureuses ou, à l'inverse, un surinvestissement des zones douloureuses entraînant un désintéressement du reste du corps.

Dans les deux situations, la douleur dégrade l'investissement du corps, et comme pour l'obésité, attaque l'image du corps avec une altération de la perception corporelle. Le sujet risque alors de développer des troubles psychosomatiques avec par exemple, un morcellement corporel ou une dépersonnalisation.

Généralement, pour combattre le sentiment douloureux diffus, les patients se construisent un bouclier hypertonique. Un important recrutement tonique s'observe semblant faire office de seconde peau protectrice de l'intégrité corporelle. Cette « *seconde peau* », notion développée par Bick, apparaît pour faire face à une perturbation de la fonction contenante de la première peau.

Ainsi, pour pallier à la disparition du sentiment de contenance et donc d'unité corporelle, une seconde peau hypertonique sera créée par le sujet. Elle est marquée d'une ambition défensive face à la perte d'intégrité de soi et aura pour fonction de rassembler et unifier le corps.

L'organisation de la musculature sous forme d'un bouclier hypertonique joue un rôle d'auto-calmant, luttant contre les attaques de la douleur sur l'image du corps, et permettant une réunification.

L'hypertonicité se matérialise, chez le patient obèse atteint de douleurs chroniques, par une rigidité de l'axe et des mouvements ainsi que par une précipitation d'action (que l'on retrouve également dans l'acte de manger).

La cuirasse tonique protectrice est cependant illusoire. A court terme l'accroissement des tensions musculaires apaisent les douleurs, mais à long terme elles les amplifient. Face au stress provoqué par la douleur et les angoisses de morcellement, le sujet développe des tensions musculaires jouant un rôle protecteur. Cependant la contraction musculaire continue n'aura pour effet qu'une augmentation des douleurs. Le sujet est donc dans un cercle vicieux associant stress/tension/douleur.

Pour la douleur comme pour l'obésité, l'image du corps est abrasée avec une atteinte de l'identité, de l'unité et du sentiment de vie du sujet. Lorsque les deux pathologies se rencontrent, les symptômes observés chez le sujet atteint d'obésité s'amplifient et sont entretenues par la douleur.

Auprès des personnes en situation d'obésité, il est nécessaire de répertorier les zones douloureuses et de s'y adapter dans la prise en charge, notamment en psychomotricité où le corps est le principal médiateur. Il est utilisé pour relancer les processus imaginaires et de symbolisation mais aussi pour relancer l'investissement des sensations et émotions.

## 3.4 Répercussions globales et vision sociale

### 3.4.1 *Répercussions corporelles*

L'obésité peut provoquer de nombreux retentissements corporels ainsi que psychologiques. Ces retentissements sont en premier lieu liés au poids et à la morphologie mais on le verra, ils peuvent être majorés par le regard sociétal et la stigmatisation envers cette pathologie.

Les patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer décrivent tous des difficultés de souplesse, de fatigabilité, d'essoufflement, d'hypersudation et de perte de mobilité. La plupart des personnes obèses sont douloureuses et atteintes de comorbidités. Ces difficultés physiques sont handicapantes pour le patient, le limitant dans les actes de la vie quotidienne. Progressivement, la perte de mobilité amène le patient vers une sédentarité et un désinvestissement corporel.

De plus, un écart entre ses capacités physiques et celles des personnes qui l'entoure se crée. Suivre le rythme imposé par l'autre est de plus en plus compliqué. L'altération de ses capacités physiques entraîne une limitation de l'activité physique qui par continuité engage une restriction de participation à la vie en société. En cela nous pouvons dire que l'obésité est un handicap. La maladie et sa répercussion physique amènent l'isolement social de la personne qui rejette l'interaction pour ne pas se confronter à ses difficultés ou au jugement de l'autre.

### 3.4.2 *Répercussions socio-relationnelles*

L'obésité fait l'objet de nombreux stigmates sociétaux. Bien que la population soit de plus en plus informée sur la maladie et que les actions de prévention soient de plus en plus développées, la personne obèse symbolise, dans l'inconscient collectif, un mauvais état de santé.

*« Concernant les personnes obèses, elles sont stéréotypées par des traits particuliers de personnalité, des habitudes comportementales et des attributs physiques »*  
(Gaumet, 2014)

Socialement les personnes obèses sont entièrement responsables de leur état. Elles sont considérées comme étant fainéantes, indignes de confiance, pauvres, laides, avec un manque de compétences et de volontés et dont l'alimentation est excessive, sans capacité de contrôle. Elles sont ainsi toujours associées à des représentations négatives.

Cette stigmatisation omniprésente tend à isoler le patient du monde environnant. On peut alors parler de « racisme anti-gros » (Peuteuil, 2014, p.59) présent partout dans le travail, la famille, les instances. Depuis toujours le « gros » est sujet aux jugements, aux critiques. L'identité de la personne importe peu, seulement reconnue en fonction de son stigmaté.

Le corps de la personne atteinte d'obésité est imposant. Par sa forme et sa taille il s'impose, s'expose au regard de l'autre.

« L'obésité s'affirme d'abord et avant tout comme des spectacles » (Peuteuil, 2014, p.21).

Le gros corps envahit l'espace relationnel créant un effet de méfiance, de rejet de l'autre. Il empiète sur l'espace de l'autre lui valant une critique affirmée et une désapprobation (majoré par l'émergence des réseaux sociaux). Il est en proie aux moqueries, fait rire par sa difformité mais repousse également, irrite par sa forme imposante.

Lors d'un atelier au cours duquel la représentation corporelle est abordée, certains patients disent ne pas aimer le regard posé sur eux. Ils imaginent tout de suite que l'autre le juge, qu'il fera l'objet de moqueries. Ainsi ils expliquent essayer de se fondre dans la « masse » par le biais de vêtements noirs. L'une des patientes précisa que sortir dans la rue était une véritable épreuve et que tous les moyens étaient bons pour se cacher du regard des autres. Elle refusait que son corps soit observé comme une pièce de théâtre, comme un divertissement.

La personne obèse joue également le rôle social de bouc émissaire. Tant qu'il existe en tant que gros il nous renvoie notre image de non gros et nous rassure sur notre compatibilité à la norme. En reprenant la parole de la patiente s'identifiant comme « hors-norme », nous comprenons comment le patient en situation d'obésité subit le regard accusateur de la société, allant jusqu'à se l'approprier lui-même. L'obèse étant accusé d'être responsable de son état ne mériterait pas d'aide.

Il « *devient la caricature d'une civilisation de consommation renfermée sur elle-même* » (Waysfeld, 2014, p.59).

Le sujet mange sans arrêt les aliments interdits par la société et pourtant mis à disposition. Les stigmatisations subies l'amène à s'isoler des autres, s'isoler du monde mais aussi à s'isoler de soi. La couche adipeuse n'est autre que l'expression de la souffrance et de l'isolement du sujet.

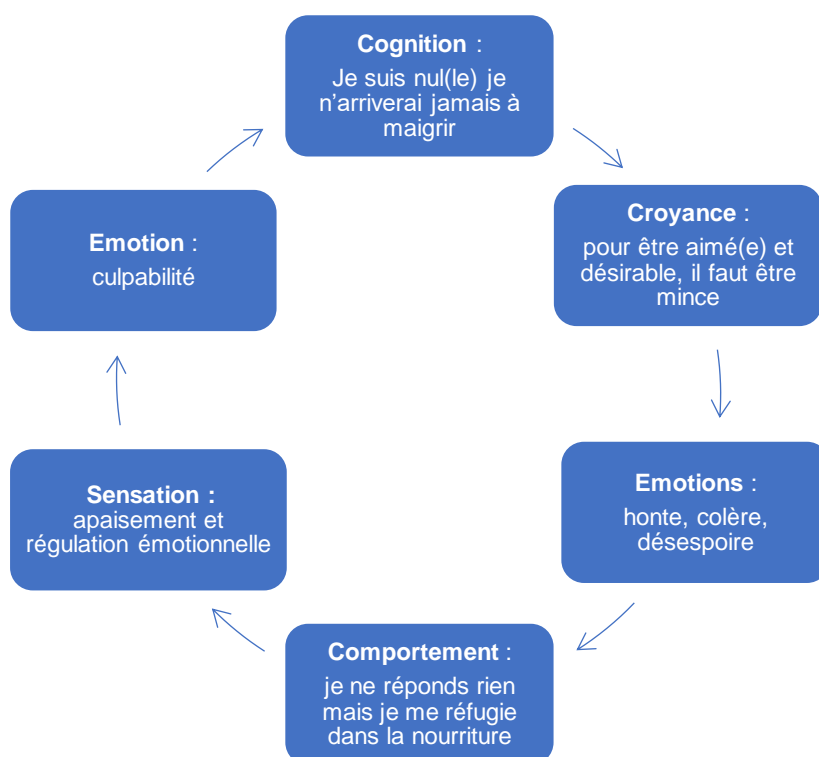
Ces personnes se sentent parfois en faute de ne pas correspondre à la norme sociétale et rejettent et/ou désinvestissent leur corps. Les sorties sont évitées pour éviter et se protéger du regard des autres, encrant la personne obèse un peu plus dans l'isolement social.

### 3.4.3 Répercussions psychologiques

Le sujet qui s'approprie cette stigmatisation va tendre vers des comportements et des procédures inadaptées pour tenter de convenir à la norme, d'entrer dans les codes. Cependant c'est à cet instant qu'agira l'effet pervers des régimes et des méthodes peu conventionnelles de perte de poids.

Le sujet, par la restriction provoquée par le régime, aggravera son état en installant d'autant plus son obésité et en développant progressivement des comportements alimentaires troublés.

La prise de régime modifiera les habitudes alimentaires et le mode de vie du sujet. Basés sur des modes restrictifs, ces régimes amènent presque toujours à l'échec, en plus de provoquer des prises de poids, ils favorisent le sentiment de culpabilité et d'incapacité. Pour faire face aux émotions négatives, le sujet aura tendance à se reconforter dans la prise « d'aliments plaisirs ». Tout ce cheminement participe à l'installation de comportements alimentaires déréglés et ainsi à renforcer la perte de confiance et d'estime de soi.



Cette boucle inconsciente et vicieuse dans laquelle les personnes sont installées peut se représenter ainsi, en considérant qu'elle soit déclenchée par un élément déclencheur tel qu'une critique (Zermati et al., 2010, p.231) :

Ainsi, de nombreux phénomènes sont intriqués provoquant une dégradation conséquente de l'image du corps.

Les patients en situation d'obésité ont tendance à se situer dans un comportement inhibé qui favorise les épisodes de perte de contrôle comme les compulsions alimentaires et maintiennent une baisse de l'estime de soi et un rejet social. Ce rejet social menace l'intégrité psychique du sujet qui sera plus en proie aux stigmatisations.

Être obèse dans une société qui prône la minceur et le contrôle sur soi entraîne bien souvent une dévalorisation de soi et un rejet de son corps, quitte à le désinvestir totalement et à limiter les sorties pour ne plus se confronter à leurs échecs de faire partie des normes sociétales de beauté.

Finalement, la personne obèse devient très dure avec elle-même, repoussant son corps représenté comme le lieu de sa souffrance « *s'il est difficile d'affronter le regard des autres, la critique la plus sévère provient souvent des patients eux-mêmes* » (Zermati et al., 2010, p.229).

Parmi les 16 patients ayant répondu à mon questionnaire, tous disent être impactés dans leur vie sentimentale et intime par leur poids. Ceci s'explique par une perte de motricité mais aussi par une image du corps dépréciée. D'ailleurs la majorité d'entre eux expriment ne pas avoir ou avoir peu de miroir chez eux, n'acceptant pas l'image renvoyée. Ils ne supportent pas, ne se reconnaissent pas dans leur corps. Ce qui impacte à la fois la sphère sociale, la sphère personnelle et la sphère professionnelle.

En conclusion, l'obésité est généralement impliquée dans une dégradation et une altération de l'image du corps. Elle devient un trouble psychosomatique entraînant des répercussions multiples et installant le patient dans des comportements troublés, perçus comme seules réponses envisageables à leur souffrance et leurs pertes de repères sensoriels et émotionnels.

Je finirai avec cette phrase de Reich : « *tout trouble dans la capacité de ressentir pleinement son corps attaque la confiance en soi aussi bien que l'unité du sentiment corporel ; il crée aussi bien un besoin de compensation* » (Dalarun, 2015).

## 4 LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE LA PERSONNE OBESE

### 4.1 Présentation du programme de nutrition

#### 4.1.1 *Le centre de rééducation*

J'ai effectué mon stage de psychomotricité dans une structure de soin de suite et de réadaptation (SSR). Cette structure qui accueille exclusivement des adultes, dispose d'un plateau technique de rééducation complet avec possibilité pour le patient d'être en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour.

Cet établissement est composé de plusieurs services rééducatifs et d'une équipe pluridisciplinaire pour accompagner au mieux les adultes ayant des problématiques fonctionnelles, cardiaques, nutritionnelles ou encore lombalgiques. L'objectif premier du centre est de soutenir le patient vers une reprise d'autonomie. Pour cela les soins se coordonnent autour du projet thérapeutique du patient.

Concernant le **service nutritionnel**, un programme de quatre semaines est proposé pour les patients en situation d'obésité, c'est à dire pour les personnes qui présentent un IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>.

Cependant il est également possible que certains patients soient acceptés avec un IMC plus faible mais subissant de fortes fluctuations de poids ou ayant vécu une importante et soudaine perte de poids. Dans ces situations les patients maintiennent un comportement alimentaire perturbé, une mauvaise hygiène de vie et une image du corps perturbée. Ils nécessitent une aide extérieure pour réapprendre les bases d'une hygiène de vie saine.

L'objectif du programme étant de les rendre acteurs de leur prise en charge, de les faire collaborer avec les soignants. En effet, le programme nutritionnel est basé sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Rendre acteur le patient est déterminant pour qu'il développe des capacités de prise en charge de sa maladie et ainsi qu'il puisse trouver les outils nécessaires à l'amélioration de son hygiène de vie.

La spécificité de ce programme nutritionnel est d'éduquer le patient sur sa maladie et le comportement alimentaire mais aussi sur les retentissements psychosociaux de celle-ci. L'objectif est d'accompagner un retour du sentiment de plaisir et de sensations dans la prise alimentaire et dans l'activité physique. Permettre l'amélioration de l'image corporelle mais aussi la diminution du sentiment de culpabilité souvent éprouvé par les patients lors ou après les moments de prises alimentaires, sont les enjeux principaux du séjour. Finalement le travail thérapeutique consiste à les aider à restaurer une estime de soi fragilisée.



Pour cela une équipe pluridisciplinaire intervient auprès des patients. La spécificité de chacun des corps de métier permet la considération du patient dans sa globalité. Le soignant n'est plus expert dans ce format de soin.

Il travaille en relation directe avec le patient pour apporter des connaissances supplémentaires sur le fonctionnement de la maladie et pour soutenir au mieux la recherche de solutions.

#### 4.1.2 Organisation du programme

L'admissibilité du patient se fait lors d'un premier entretien appelé **diagnostic éducatif initial**. Ce diagnostic est mené par les professionnels de santé inclus dans le programme et formés à l'ETP.

Ce moment privilégié permet d'aborder des sujets nécessaires à la construction de l'anamnèse. Ainsi un premier contact entre patient et soignant s'établit, débutant la mise en place d'une alliance thérapeutique, d'un engagement mutuel. Généralement c'est lors de cet entretien que la découverte de la psychomotricité se fait. Le thérapeute prend le temps d'expliquer son métier, son champs d'action et son rôle dans la prise en charge de la personne en situation d'obésité. L'échange thérapeutique initie la construction d'une relation de confiance et d'écoute bienveillante, primordiale a une implication positive et volontaire du patient.

Lors de ce diagnostic de préadmission, le patient évoque :

- Ses antécédents médicaux et chirurgicaux,
- Les traitements qui lui sont administrés,
- L'histoire de sa maladie et de son poids,
- Ses paramètres morphologiques,
- La qualité du sommeil, de l'hygiène de vie
- La présence de douleurs
- Son rapport à l'autre, ses relations sociales et familiales
- Le retentissement corporel, psycho-social et diététique de la surcharge pondérale
- Son niveau d'activité physique et l'effet sur son corps

De plus, un intérêt particulier est porté sur la capacité du sujet à identifier les facteurs déclenchants de sa prise pondérale et l'impact de celle-ci sur sa santé.

Ces informations sont primordiales parce qu'elles permettent d'adapter la prise en charge aux particularités du patient. Elles donnent aussi des indications sur le niveau de motivation et d'implication du patient dans son projet de soin.

En effet si le locus est externe au patient, c'est à dire que la raison de l'obésité est assimilée à une cause externe, le sujet aura tendance à ne pas s'inscrire dans un processus de changement. A l'inverse si le locus est identifié comme interne le sujet sera plus apte à établir des modifications sur ses comportements et ainsi d'accéder à ses objectifs.

A la suite de ce premier entretien, les patients admissibles sont inscrits sur une liste d'attente qui déterminera leur date d'entrée.

La période d'attente installée entre l'entretien et l'entrée dans le centre de rééducation peut avoir l'effet d'une prise de conscience de l'état de santé dégradé et des risques encourus par la surcharge pondérale.

Ce temps de latence peut être bénéfique en entraînant un remaniement psychique, une remise en question de soi, de ses capacités et ainsi soutenir la mise en place de solutions.

M. R a vécu un temps de latence de six mois entre le diagnostic éducatif initial et le début de son séjour. Cette attente lui a été bénéfique en entraînant chez lui un remaniement psychique et une remise en question de son hygiène de vie. Il explique que la discussion avec l'infirmière coordinatrice lui a fait prendre conscience du « laisser-aller » dans lequel il était installé. Il a initié des ajustements dans son quotidien (régularité d'une activité physique et une alimentation plus équilibrée) pour améliorer son état de santé. Ces aménagements se sont révélés efficaces conduisant à une perte de six kilos en cinq mois.

Certains patients ont donc entamé un processus de changement qui sera consolidé par le travail de rééducation nutritionnelle et par l'amélioration des connaissances qui favorise l'installation de comportements appropriés et utiles pour lutter contre la maladie.

Au début du séjour, un nouveau diagnostic éducatif nommé **diagnostic éducatif intermédiaire**, est réalisé. L'enjeu de ce diagnostic intermédiaire est de revenir sur les différents domaines abordés lors de la première rencontre afin de concevoir si des modifications ont été opérées par le patient. Ensuite, l'objectif de soin est réfléchi en collaboration avec le patient qui verbalise ses attentes du séjour et ses objectifs.

Les objectifs personnels seront repris en équipe pluridisciplinaire afin d'établir si l'équipe peut apporter une aide supplémentaire en lien avec les questionnements et problématiques du patient. Ainsi peuvent être ajoutés des objectifs auxquels le patient n'avait pas pensé. Ils seront ensuite proposés aux patients qui les approuvera ou non.

Le séjour se déroule sur quatre semaines consécutives, en hospitalisation complète ou de jour. Le patient intègre un groupe de 5 à 6 personnes présentant toutes la même problématique de poids et avec qui ils vont travailler en collaboration tout au long des ateliers.

Les quatre semaines sont organisées par la succession de différentes activités sportives et ateliers éducatifs sur le principe de l'ETP. L'objectif est d'accompagner le patient vers une réadaptation à l'effort, un réinvestissement de soi, de son corps et de ses sensations et vers le retour d'une prise de plaisir dans l'alimentation.

Un emploi du temps leur est transmis toutes les semaines détaillant le déroulé des ateliers physiques et éducatifs et permettant un cadre contenant. Le groupe s'inscrit donc dans une temporalité. Mettre en place des repères spatio-temporels stables et réguliers, tels que le créneau hebdomadaire de balnéothérapie et l'utilisation de salles spécifiques aux ateliers éducatifs, induit un sentiment de réassurance et de contenance chez le patient.

Ce sentiment de contenance est amplifié par la présence continue des mêmes professionnels de santé. Par ce biais ils pourront prendre des initiatives et se sentir plus en confiance pour se placer acteur de leur prise en charge. C'est une première étape importante dans la prise en charge du patient obèse.

A la fin du séjour un **diagnostic final** est accompli pour évaluer l'évolution du patient sur l'ensemble des axes (diététique, santé, psychosocial et activité physique), l'atteinte de ses objectifs, la pertinence des objectifs fixés pour le retour à domicile.

Ces trois diagnostics respectent l'approche bio-psycho-sociale défendue et recherchée par ce programme de prise en charge de la personne en situation d'obésité. Un suivi se poursuit avec une consultation trois mois après la sortie du centre pour suivre l'évolution du patient, les modifications mises en place et leur intérêt, l'estime que le patient a de lui et son rapport avec l'alimentation. Ce suivi est important pour maintenir une continuité de soin et encourage la personne dans ses efforts.

## 4.2 L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

### 4.2.1 Généralités

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) « *a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien.* » (OMS,1998).

Cette pratique a été légalisée lors de la loi HPST (*hôpital, patients, santé et territoire*) du 21 Juillet 2009. Elle est actuellement soumise à la réglementation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui accorde les autorisations, finance et évalue les programmes d'ETP.

Seuls les professionnels de santé formés à l'ETP peuvent intervenir dans le programme.

Pour cela, ils peuvent effectuer :

- Une formation de 40h qui autorise le soignant ou le personnel paramédical à intervenir en qualité d'intervenant ou d'animateur.
- Un Diplôme Universitaire (D.U) certifiant qui permet d'être à l'initiative du projet d'ETP et de coordonner l'équipe.

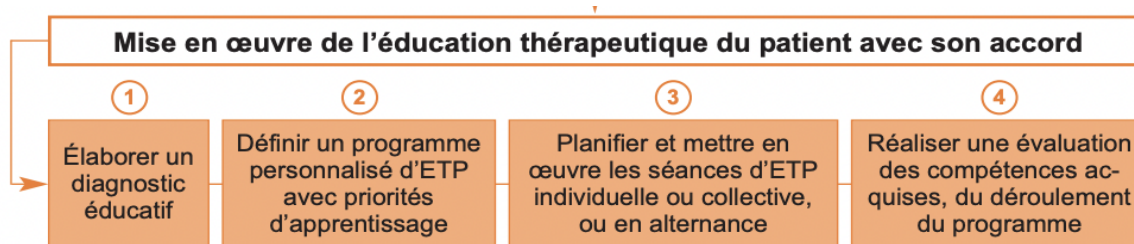
Cette forme de soin a été développée et intégrée en permanence à la prise en charge du patient pour prévenir et lutter contre l'augmentation des maladies chroniques. Près de 80% des personnes malades sont atteintes d'une maladie chronique selon l'OMS. Cependant plus de 50% d'entre elles ne suivent pas les recommandations médicales et les traitements qui en incombent.

L'ETP, constituée d'activités organisées à visée éducatives et de soutien psychosocial, est donc créée pour sensibiliser et rendre le patient conscient de sa maladie. Elle a pour objectif de le rendre **acteur** et responsable dans la gestion de sa maladie chronique.

L'ETP intervient donc auprès du patient mais aussi de ses proches pour renforcer leur compréhension de la maladie, du traitement et pour les soutenir dans le maintien ou l'amélioration de leur qualité de vie.

Les connaissances médicales et la reconnaissance des retentissements bio-psycho-corporels qui peuvent survenir, favorisent la prise d'autonomie et l'acceptation de la maladie pour apprendre à vivre avec. Cette offre de soin s'adresse à toutes maladies chroniques, quel que soit son type, son évolution, son stade et l'âge du patient.

L'établissement du programme d'ETP se planifie selon quatre étapes (Haute Autorité de Santé, 2009) :



- Le **diagnostic éducatif** : Dans l'enceinte du SSR trois diagnostics sont réalisés pour évaluer l'évolution du patient et permettre une continuité de soin. Ils sont essentiels pour estimer le niveau de motivation du patient qui lui permettra de s'installer dans un processus de changement et ainsi assumer sa prise en charge. Sans cela il ne pourra intégrer le programme d'éducation thérapeutique.
- A la suite, un **programme personnalisé** est défini. Comme nous l'avons évoqué précédemment, des objectifs sont décidés en accord avec le patient et ses besoins. Ces objectifs répondent à une approche éducative afin que le patient initie des modifications et adhère aux solutions les plus adaptées à sa problématique. Le patient devient ainsi le partenaire des soignants.

- La **planification** s'établit par un emploi du temps. Dans le SSR la prise en charge est majoritairement collective. Le groupe participe à différentes activités complémentaires entre elles répondant à une prise en charge globale du sujet.
- **L'évaluation individuelle** s'exerce en fin de quatrième semaine pour avoir un retour du patient sur le vécu du séjour, les progressions ou les régressions observées et les aménagements prévus pour sa sortie. Cette évaluation est menée par le même professionnel de santé qui était en charge du diagnostic éducatif.

Par ce déroulé nous pouvons affirmer que l'ETP est une approche centrée sur le sujet qui concerne aussi bien la vie quotidienne que les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux de celui-ci.

*« La dimension éthique de la posture éducative consiste à respecter et reconnaître le patient comme une personne »* (Pétre et al., 2019).

En effet, les professionnels de santé établissent un travail interdisciplinaire plaçant le patient au cœur de la prise en charge et le considérant dans sa globalité. Ainsi les activités sont organisées selon une logique de progression impliquée dans la mise en confiance progressive du groupe et de chacun de ses membres.

Les finalités de l'ETP sont :

*« L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation »* (Haute Autorité de Santé, 2009).

Tous les programmes d'ETP sont personnalisés en fonction du patient et de ses attentes. Cependant les compétences d'**autosoins** comme savoir soulager ses symptômes ou adapter les doses de médicaments et les compétences d'**adaptation** telles que la confiance en soi et savoir gérer ses émotions, sont deux dimensions obligatoirement présentes dans les objectifs éducatifs du patient.

Après de la personne obèse et dans le respect des objectifs du programme d'éducation thérapeutique, le psychomotricien aura un rôle affirmé dans le renforcement des compétences d'adaptation. En effet les connaissances et la formation que nous avons reçues, rend légitime notre travail autour de la valorisation de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la gestion des émotions, du développement des capacités de symbolisation et de verbalisation ...

L'objectif principal de l'ETP, qui n'est autre que de rendre acteur le patient, peut être atteint grâce à la prise en charge groupale et la complémentarité des vécus personnels de chacun des protagonistes. L'interaction et le partage de chaque expérience enrichissent le programme d'ETP et encouragent le développement des engagements et des propositions. Le groupe peut ainsi soutenir l'apprentissage et la prise de confiance en soi.

## 4.2.2 La prise en charge groupale

### ▪ Le cadre :

Les bénéficiaires du programme nutritionnel intègrent un groupe hétérogène de cinq à six personnes. Ce groupe est constitué en fonction de l'ordre et des priorités des demandes de participation, entraînant ainsi une variété d'âge, de genre et de parcours de vie au sein d'un même groupe. Aucun groupe n'est semblable, demandant une forte capacité d'adaptation de la part de l'équipe pluridisciplinaire.

L'individualité de chacun des participants et de leurs besoins respectifs fait l'objet d'une mise en place de médiations diversifiées.

La pluralité des propositions thérapeutiques représente une grande palette d'outils utilisables par le patient en fonction de ses affinités. Il pourra ainsi réutiliser ultérieurement les médiateurs qu'il juge les plus adaptés à sa problématique.

La prise en charge groupale présente des avantages comme des inconvénients mais elle nécessite toujours l'établissement d'un cadre thérapeutique strict. Le cadre à poser avant d'animer une séance groupale repose essentiellement sur le respect de règles. En effet dans un groupe, les animateurs doivent établir des règles pour contenir les débordements plus fréquents et importants que dans une prise en charge individuelle.

Auprès d'adultes en situation d'obésité, dont l'estime et la confiance en soi sont fortement dévalorisés, le respect de l'autre et de sa parole sont imposés. Lors de chaque atelier, les patients doivent se conformer aux règles de bienveillance et d'écoute entre eux. C'est par le biais de ce cadre contenant et attentif que les patients se sentiront suffisamment confiants pour s'exprimer et se livrer à la vue de tous. Le respect du cadre soutient aussi le déploiement d'une agréable dynamique de groupe et d'échange relationnel.

Répéter les règles sera utile pour permettre le bon déroulement de la séance et apporter une sécurité psychique et physique. C'est dans le respect de ces règles bien définies et dans le respect de l'autre que le travail thérapeutique et l'évolution personnelle seront possibles. Se sentir en confiance dans un cadre repéré, permet aussi de se libérer, d'expérimenter et ainsi de développer sa créativité. Pour ces patients le cadre a un intérêt particulier en rassemblant les conditions nécessaires à une relance du processus de symbolisation.

Tous les ateliers du programme d'ETP sont effectués en groupe. Ainsi, des liens entre les patients sont créés et une évolution commune est généralement observée.

### ▪ Le groupe sociable :

Nous pouvons reprendre la notion de « *moi-peau* » développée par Anzieu. Ce terme est décliné pour l'adapter au groupe en parlant alors de « *peau groupale* » (Anzieu, 1986). Selon lui, la dynamique de groupe entraîne l'aménagement d'un fonctionnement psychique trans-individuel.

En effet, les psychés individuelles se rencontrent et interagissent pour former un « *appareil psychique groupale* » (Kaës, 1976). Cet appareil peut être considéré comme un « *dispositif de liaison et de transformation [...] qui définit la réalité psychique de groupe* » (Brun, 2019).

Finalement, une **enveloppe contenant** se crée autour du groupe le différenciant de l'environnement extérieur et le rendant unique. Le groupe devient un espace isolé dans lequel se développe la communication, les affinités, une influence interactive mais aussi l'appropriation d'un rôle social.

Cette enveloppe groupale unifie les individus entre eux permettant une fluidité et une accentuation des échanges. La construction d'une identité groupale se construit alors grâce à l'apport et le vécu subjectif de chacun de ses membres.

La prise en charge groupale est pertinente notamment pour rétablir une sociabilité généralement abandonnée par ces patients.

« *La rencontre avec des personnes se vivant comme seules permet de décliner le mot « solitude » au pluriel et, par conséquent, de le relativiser* » (Gougoulis, 2013).

Les patients obèses souffrant du regard de l'autre tendent vers un isolement social afin d'éviter la confrontation avec le monde extérieur. Cependant le lien à l'autre est primordial pour notre éternel développement.

Nous nous construisons dès notre plus jeune dans la relation à l'autre ; « *un bébé tout seul n'existe pas* » (Winnicott, 1943). L'être humain a besoin de la relation pour grandir, apprendre, se connaître et prendre confiance en soi.

M. D est un patient qui a pris du poids à la suite d'un accident de travail. Cet accident ayant entraîné une perte de fonctionnalité importante, il a été mis en arrêt de travail pendant un certain temps. Cette perte d'emploi associée à une prise de poids rapide l'a amené vers un isolement social presque instantané.

A son arrivée il se définissait comme étant solitaire, ne ressentant pas un besoin de relation humaine.

Cependant lors du séjour il a fait preuve d'une bonne capacité d'intégration. Lors d'un atelier il exprime prendre plaisir dans la relation et être motivé par les encouragements du groupe. Il explique que le groupe est bienveillant et qu'un soutien mutuel s'exerce entre eux permettant des progrès physiques et psychologiques. Il dit se sentir mieux, moins renfermé sur lui-même.

Le groupe a prévu de se revoir à la sortie pour marcher ensemble les week-ends et observer leur perte de poids.

Ainsi dans le soin apporté aux patients atteints d'obésité, le groupe offre une aide thérapeutique par sa **qualité relationnelle et humaine**.

« *Pour commencer à s'accepter, il faut que l'autre accepte de nous écouter, de nous regarder et de nous toucher* » (Zermati et al., 2010, p.257).

C'est par la relation et le regard que l'interlocuteur porte sur le sujet, qu'il se construit et construit son rapport à soi. La bienveillance de l'autre, l'image positive qu'il nous renvoie de nous-même supporte la valorisation de soi.

Un processus identificatoire s'opère. Les patients font partis d'un groupe, ils partagent leur problématique, les difficultés éprouvés mais aussi les progrès. Ils sont reconnus, écoutés et se séparent de la responsabilité qui leur était reprochée. Ils sortent ainsi de la solitude dans laquelle la plupart était installée.

#### ▪ **L'accès à la symbolisation :**

Le groupe permet à la fois de soutenir, de contenir et d'échanger sur les expériences personnelles vécues lors des ateliers.

L'espace du groupe soutient le travail engagé par les différents professionnels du programme sur l'enrichissement du symbolisme.

« *Le groupe devient, de ce fait, un contenant où la dimension triangulaire permet la création d'un espace où une fonction symbolique peut advenir* » (Gougoulis, 2013).

Les échanges verbaux entre le patient, les autres membres du groupe et l'animateur de la séance permettent l'expression de la fonction symbolique du sujet. La mise en mot des expériences vécues permet leur intégration psychique et de relancer l'imagination du patient.

Les patients habituellement inscrits dans une pauvreté imaginaire pourront, par le support des autres, développer leur créativité mais aussi développer l'attention portée à l'écoute des sensations corporelles et de leur effet aussi bien physique que psychique. Tout cela participe à l'accroissement du territoire symbolique.

Ainsi, bien que le groupe puisse présenter des désavantages par les différences individuelles de motivations par exemple ou par la présence de fortes personnalités influençant les réactions des autres membres, elle est généralement adaptée à la prise en charge de la personne obèse.

Le thérapeute jouera un rôle dans le soutien d'une dynamique de groupe bienveillante et empathique mais aussi du cheminement personnel qu'elle entraîne.

### 4.2.3 *Équipe pluridisciplinaire et ateliers*

Au sein de ce programme d'ETP nutritionnel six professionnels de santé interviennent dans la prise en charge des patients.



Ils agissent en collaboration constante selon une approche interdisciplinaire en considérant le patient dans sa globalité, selon toutes ses composantes psychiques, physiques, relationnelles, environnementales et biologiques.

L'équipe pluridisciplinaire s'accorde vers un projet commun transdisciplinaire qui n'est autre que l'accompagnement de la personne vers une reprise d'autonomie dans la gestion de sa pathologie.

Chaque professionnel établit des ateliers en fonction de sa spécificité. Les séances suivent une organisation logique favorisant une intégration des connaissances plus efficace. La durée d'un atelier se situant généralement entre une heure et une heure et demie, demande la participation active de tous les membres.

Il est fréquent qu'un atelier soit co-animé par deux professionnels. Cette pratique est intéressante à intégrer au programme d'ETP puisqu'elle permet de croiser les regards professionnels, d'encadrer un peu plus le groupe avec la présence de deux représentants du cadre mais aussi de faire le lien entre différentes composantes du sujet.

Parmi les intervenants du programme on distingue les spécialités plutôt médicales dont le rôle sera d'accompagner l'acquisition des compétences d'autosoins. Les spécialités rééducatives agiront auprès des compétences d'adaptation.

- Le médecin nutritionniste :

Le médecin du centre de rééducation anime des ateliers dont l'objectif principal est d'éduquer le patient sur sa maladie chronique, son fonctionnement et ses conséquences sur la santé. Par exemple, un atelier est consacré à l'apnée du sommeil, une comorbidité très fréquente de l'obésité.

Ces connaissances ne sont pas négligeables puisqu'elles accompagneront une meilleure compréhension des comportements à adopter et leurs effets bénéfiques, trop souvent ignorés.

Le médecin peut également intervenir dans des prises en charge individuelles lorsque le patient est en demande d'une consultation ou d'une prescription médicale.

- L'infirmière coordinatrice :

L'infirmière coordonne le programme d'ETP. Elle est régulièrement en contact avec le patient ce qui la place en référente du groupe. A l'instar du médecin l'objectif de ces ateliers est d'informer le patient sur sa maladie afin de l'aider à développer des compétences d'autosoins. Elle va notamment expliquer les conduites à risque et à l'inverse les comportements préventifs, sensibiliser l'utilisation d'outils permettant de modifier le mode de vie. Ses interventions portant sur un versant pratique, complètent ceux théoriques du médecin. Elle peut également recevoir le patient individuellement.

- La psychologue :

Elle intervient sur quelques ateliers mais elle propose surtout des accompagnements personnels. Parler de ses difficultés, de son quotidien ou de son histoire devant un groupe peut être compliqué.

Le bureau du psychologue apparaît alors comme un endroit privilégié dans lequel le patient peut s'exprimer librement en toute intimité. Elle participe à quelques ateliers, en collaboration avec un autre professionnel, pour soutenir les remaniements psychiques qui peuvent apparaître.

- La diététicienne

L'objectif principal des séances est d'accompagner le patient vers un rééquilibrage alimentaire et vers l'expérimentation du sentiment de plaisir dépourvu de culpabilité dans l'acte de manger. Elle anime notamment, en binôme avec la psychomotricienne, un atelier de pleine conscience. Cet atelier vise le rétablissement d'une écoute des sensations apportées par l'aliment et de l'effet qu'apporte la prise de temps dans l'alimentation.

Elle propose également un « test de la faim » dans lequel les patients doivent essayer de supprimer le petit déjeuner pendant une semaine. Il leur est demandé d'être attentif à ce que cela implique pour eux. Un intérêt particulier est porté sur l'écoute des sensations de faim.

- Un professeur d'activité physique adaptée (APA) :

Le professeur APA intervient quotidiennement dans la prise en charge de la personne obèse. Il a pour objectif de l'inscrire dans une dynamique de mouvement. Souvent kinésiophobes, les patients redoutent l'activité physique. Cependant, en fin de séjour, ils expriment tous prendre du plaisir dans le sport.

Un test d'effort est réalisé en début de prise en charge. Il permet d'étudier le niveau sportif, les difficultés et les capacités de chaque patient et d'évaluer la progression des performances physiques (souplesse, endurance, souffle) au cours des quatre semaines. Un atelier « équilibre » est organisé en relation avec la psychomotricienne impliquant un regard double sur l'intégration de cette fonction significative de l'appropriation corporelle.

- Une psychomotricienne

La psychomotricité intervient comme discipline transversale au sein de la prise en charge co-thérapeutique. Par sa spécificité, elle agit à la fois sur le versant psychologique et corporel permettant une continuité de soin et une liaison entre l'ensemble des thérapies.

Nous proposons un total de 6 séances groupales réparties sur les 4 semaines. Ces séances ont des objectifs divers que je développerai dans le prochain point.

Cependant au sein de l'équipe pluridisciplinaire la pratique psychomotrice se place en tant qu'expert du réinvestissement corporel et de l'estime de soi. Des médiateurs sont mis en place pour encourager l'implication corporelle des patients nécessaire aux remaniements psychiques.

La structure accompagne les personnes en situation d'obésité vers une prise de conscience de leur état, une valorisation de leurs capacités, l'apprentissage d'une hygiène de vie plus adaptée et un rééquilibrage alimentaire.

Toute l'équipe travaille ensemble vers un objectif commun tout en respectant les rôles et les spécificités de chacun.

« *L'équipe est soutenante, on se sent en confiance avec vous* » - parole d'un patient. Pour soutenir au mieux le patient dans sa dynamique de changement, il est inconcevable de ne pas relier les différents champs thérapeutiques.

Le programme suit un modèle bio-psycho-social. Au-delà de tous les aspects médicaux de la maladie, les sphères relationnelles, psychiques et corporelles sont intégrées dans le projet de soin pour accompagner le sujet vers une reprise d'interaction avec lui-même mais aussi avec autrui.

La psychomotricité fait partie intégrante du programme et permet entre autre d'élaborer un travail sur les sensations et les éprouvés corporels, en lien avec les éprouvés émotionnels et les mouvements psychiques qu'ils amènent. Tous ces ajustements se font par un travail préalable de réhabilitation du corps.

### 4.3 Apport de la psychomotricité

« *J'espère que ce programme m'aidera à m'accepter* ».  
*Parole d'une patiente.*

#### 4.3.1 *Psychomotricité ou le corps en relation*

Le psychomotricien est reconnu pour son **investissement corporel** dans l'accompagnement des patients. Le corps est son principal outil de travail considéré comme le lieu d'expression des vécus psychiques. Dans son champ d'action le corps est toujours placé en relation soutenant l'entrée en communication.

« *Le psychomotricien va s'appuyer sur sa propre expressivité corporelle et sa sensorialité, pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps* » (Potel, 2019).

Par notre formation nous avons accédé à une meilleure connaissance de nous-même, de notre propre corps, de nos limites et capacités. Ainsi le psychomotricien, par l'écoute des sensations et des ressentis du patient, est capable de conserver une posture thérapeutique de neutralité bienveillante malgré la présence de transferts et contre transferts.

Une des particularités du psychomotricien est sa faculté à établir une lecture détaillée des expressions corporelles transmises par l'autre, affinant la compréhension des éprouvés psychiques et émotionnels de la personne.

Le psychomotricien s'appuie sur le concept **d'unité de la personne**. Agir à partir d'expériences sensorimotrices permet de s'adresser et d'élaborer un travail sur les composantes intellectuelles, affectives, émotionnelles et relationnelles du sujet. Le corps, lieu d'expression des phénomènes psychiques, se place au centre de l'unité psychocorporelle.

Notre rôle est de faciliter l'écoute des perceptions et de permettre, par le biais de la verbalisation ou de médiations corporelles, leur représentation psychique. L'importance est également donnée à l'intégration des émotions perçues lors des ateliers. Ainsi auprès de la personne en situation d'obésité, le psychomotricien valorise la reconnaissance des sensations et de leurs effets subjectifs, l'interaction avec l'autre et les recherches introspectives du patient pour viser un réinvestissement corporel.

L'obésité répond à certaines caractéristiques d'un trouble psychomoteur tels que : « *des troubles perceptivo-moteurs qui affectent les différentes fonctions d'exploration (aspects perceptifs), d'action (sur le milieu physique), de communication (notamment dans ses aspects non verbaux) et les manifestations émotionnelles* ». (Albaret, 2013)

Les personnes obèses que nous rencontrons au centre décrivent souvent un **vécu corporel pauvre**, une mise à distance de leurs sensations et de leurs émotions. Généralement confrontées à une alexithymie, une kinésiophobie et une perte de relation sociale, la perception de l'image corporelle du sujet obèse est presque toujours troublée. Parfois elle s'intègre sur un versant délirant associé à une dysmorphophobie où le patient se voit plus gros, plus difforme qu'il ne l'est en réalité.

J'ai notamment rencontré des patients qui décrivaient une dissociation entre différentes parties du corps ou entre la tête et le corps : « *il y a ma tête et puis le reste* ». D'autres font une fixation sur certaines parties du corps, notamment celles où sont particulièrement ressentis le poids du corps, ignorant les autres. Par exemple, les ressentis au niveau des pieds, étant le point d'appui principal du corps, sont beaucoup plus perçus que ceux des bras.

Dalarun a théorisé ce phénomène en parlant de « *dissociation psychomotrice* » présente chez les patients empreints à des comportements alimentaires troublés. « *Les troubles des conduites alimentaires sont le reflet de dissociation psychomotrice* » (Zermati et al., 2010).

Il explique que la personne se coupe de son corps soit par le blocage des intermasses qui sont des zones de mobilité et de communication entre la tête, le thorax et le bassin ne laissant ainsi plus passer le mouvement, soit par une mauvaise qualité des appuis provenant de la non-acceptation du poids du corps et conduisant à une rigidité de l'axe moteur et à une complexité dans la réalisation de coordinations motrices.

L'approche psychomotrice agit en collaboration avec les autres professionnels pour encourager et valoriser le travail attentionnel de la personne obèse autour de ses ressentis corporels et émotionnels.

Une place importante est donnée au corps qui fait l'objet d'une médiation permettant l'accès progressif à la symbolisation et à l'intégration de l'unité de soi. Le corps en relation est le support du travail thérapeutique élaboré auprès des patients obèses afin de les accompagner vers une amélioration de l'estime d'eux-même, une considération valorisée de leur existence.

L'investissement corporel du psychomotricien est important à intégrer dans la prise en charge de la personne obèse qui redoute l'expression corporelle. Tous deux étant impliqués dans une réalisation motrice, le jugement et la présence d'un regard appuyé sur la production du patient ne peuvent se faire. De plus, l'imitation de ses propositions permettent une validation et une valorisation de sa créativité.

#### *4.3.2 Bilans et entretien psychomoteur*

*Les résultats du bilan que je développe ci-dessous sont issus de mes observations et mises en lien avec les apports théoriques de Gaumet (2014) et de Dalarun (2019).*

D'après le décret de compétence de 1988, le psychomotricien est habilité à réaliser un bilan psychomoteur sur prescription médicale. Le bilan normé apporte une légitimité et une reconnaissance de la profession.

Cependant il n'existe actuellement aucun bilan psychomoteur étalonné pour la personne adulte de moins de 60 ans ni de bilan spécifique à la personne atteinte d'obésité.

Ainsi, au sein du service de rééducation nutritionnelle, le bilan se construit par observation clinique lors de la première séance groupale nommée « corps en mouvement ». Il permet de préciser les éléments recueillis lors des diagnostics éducatifs afin d'établir les profils des patients.

Je précise que les diagnostics éducatifs sont des outils à considérer dans l'établissement du bilan psychomoteur. En effet, la réponse à un certain nombre de questions apporte des informations sur le développement psychomoteur de la personne et le rapport qu'elle entretient avec son corps et son image.

Par exemple, lors du diagnostic, le thérapeute questionne le patient sur son rapport à l'autre et à l'activité physique, sur le vécu de sa maladie et son impact sur la vie quotidienne.

Toutes ces informations permettent déjà la reconnaissance de certaines spécificités du sujet à prendre en compte lors des ateliers.

Différents domaines sont évalués :

- Tonus :

Évaluer les variations toniques du patient permet une première étude de l'investissement corporel et de la représentation qu'il se fait de son corps. J'ai remarqué que la majorité des participants sont sur un versant hypertonique rappelant le bouclier hypertonique retrouvé chez les patients douloureux. Cela s'accorde avec la présence de symptômes douloureux souvent observés chez les patients obèses.

Finalement on peut faire l'hypothèse que l'hypertonie est un moyen utilisé par le patient pour lutter contre le sentiment de perte d'unité corporelle. Elle entraîne, la plupart du temps, une rigidité dans les mouvements et elle peut accentuer, par la réalisation de mouvements brusques et incontrôlés, des douleurs déjà présentes.

- Posture et motricité globale :

« *L'obésité impacte la posture et la marche* » (Dalarun, 2019). L'excès de poids, généralement présent sur l'avant du corps, entraîne une modification du centre de gravité affectant l'équilibre, la posture et les coordinations motrices.

J'observe d'ailleurs chez les patients rencontrés une cambrure lombaire plus importante que la cambrure habituellement retrouvée chez l'Homme. Aussi la marche est modifiée afin de compenser ces particularités posturales.

Il est, par exemple, fréquent de retrouver un genu valgum, une déviation des genoux vers l'intérieur, chez ces patients. Les articulations de la partie inférieure du corps sont également plus soumises à des phénomènes douloureux dus à des compressions exercées par le poids.

La motricité globale est impactée par l'obésité avec une modification du schéma de marche et de la posture. Cette dernière entraîne fréquemment des difficultés d'équilibration, une kinésiophobie, une perte de souplesse et une augmentation de l'essoufflement au moindre effort.

- Espace relationnel :

L'organisation du corps dans l'espace est intéressant à observer. Les patients ont tendance à se déplacer en groupe et vers l'espace central de la pièce, ce qui m'amène à penser que l'intégration dans un groupe peut mettre à défaut l'initiative de chacun. La sécurité et la contenance de l'enveloppe groupale peut, en fonction des personnalités, induire un retrait de la personne. Il se passe alors un phénomène de protection, d'évitement de l'exposition de soi. Certains se placeront en tête de rang quand d'autres éprouveront plus de facilité à suivre le mouvement.

De la même manière une distinction s'observe quant à la proxémie installée par les patients. Deux types de personnes apparaissent, d'un côté certains patients installent des distances importantes avec l'autre, ce qui pourrait être le signe d'une peur de la relation, d'une peur de prendre « trop de place » ou d'être envahissant.

D'autres au contraire semblent ne pas avoir conscience du volume de leurs corps et ainsi sont très proches, peut-être trop proches de l'autre.

Ainsi l'investissement du corps en relation varie d'un individu à l'autre, associé quelques fois à des troubles spatio-corporels.

- Schéma corporel et image du corps :

La kinésiophobie perçue chez une majorité de patients laisse à penser que la perception du schéma corporel et de l'image du corps peuvent être abrasées. En effet, le manque d'expérimentations corporelles et sensorielles ne permettent pas la construction et la préservation d'un corps perçu.

Le **schéma corporel** est évalué lors de la réalisation du mouvement, d'exercices d'imitation de posture. Celui-ci s'est toujours révélé intégré chez les patients rencontrés, bien que des difficultés de représentation puissent survenir, notamment auprès des patients présentant une obésité constitutionnelle et dont le corps a été très peu investi. Le patient atteint de cette forme d'obésité s'est construit sur une base de sécurité instable où toutes les sensations et les émotions sont confondues provoquant parfois des difficultés de représentation du schéma corporel. Cette connaissance topographique du corps peut également être entravée lorsque des douleurs s'associent à l'obésité ou encore lorsque le sujet subi de fortes fluctuations de poids. En effet, le corps physique change sans cesse provoquant parfois un schéma corporel instable et déstructuré.

**L'image du corps** quant à elle, est presque toujours abrasée chez les sujets obèses. Le regard stigmatisant de la société, la solitude qui en dérive et les comportements alimentaires souvent perturbés sont les précurseurs d'un sentiment de culpabilité et d'échec. Ceci est d'autant plus observé chez les personnes dont l'obésité est acquise ou réactionnelle. Chez les patients anciennement normo-pondérés, « *les repères corporels et la vision narcissique du corps changent avec les kilos qui s'accumulent* » (Canchy-Giromini et al., 2015). Cette prise de poids soudaine est souvent accompagnée d'une perte d'appréciation de soi.

L'image du corps est mouvante. Chez les sujets empreints aux fluctuations de poids, l'image du corps se modifie en fonction du contrôle exercé sur le comportement alimentaire, associé à une prise ou une perte de poids et ainsi une dépréciation ou une valorisation de soi.

Cependant je trouve important de préciser que l'obésité n'est pas toujours associée à une image de soi dévalorisée. Certaines personnes sont en harmonie avec leur corps qui ne représente pas un obstacle. Elles ont confiance en elles, connaissent leurs capacités et leurs limites permettant l'accès à une meilleure estime d'elles-mêmes.

Pour évaluer le rapport à l'image du corps des patients du centre, j'ai développé un questionnaire (*voir annexe*) auquel j'ai ajouté *l'échelle multidimensionnelle d'Estime de soi* (Barbot & al, 2019) et le *test des silhouettes* ( Stunkard & al, 1983).

En me plaçant en tant que stagiaire, ce questionnaire a été bien reçu par tous les patients. Je pense que les impliquer dans la réalisation de mon mémoire les a valorisés en leur octroyant un rôle, une place et une écoute active de leur souffrance et de leurs espoirs.

Dans ce questionnaire, transmis à 16 personnes, je me suis concentrée sur le rapport que les patients établissent avec leur maladie et ses retentissements. Pour une majorité d'entre eux, l'obésité est associée à une mauvaise estime de soi. Nombreux sont ceux qui disent ne pas aimer leur corps représenté comme un lieu de douleurs, d'absence de beauté, un « *poids à trainer* ». Le regard de l'autre mais aussi l'image renvoyée par le miroir sont pour beaucoup redoutés. Pour la totalité des patients leur obésité a un impact sur les capacités physiques et sur les relations personnelles et intimes.

Ces résultats expriment l'existence, chez les patients rencontrés, d'une corrélation entre obésité et image du corps dévalorisée. Leur estime personnelle est presque toujours faible. Beaucoup se disent être incapables ou en absence de volonté.

Le bilan psychomoteur est évolutif tout au long du séjour et s'enrichit en permanence. Il permet de donner et de préciser des axes de travail mais aussi de les faire évoluer en fonction de la progression du groupe. Le bilan est essentiel pour adapter la séance au groupe et ne peut pas le mettre en échec, l'objectif étant de soutenir les capacités, les évolutions psycho-corporelles du patient.

Le travail psychomoteur s'axera principalement sur un accompagnement des difficultés psychologiques et corporelles avec, pour objectif, une restauration narcissique par un réinvestissement des émotions et des sensations.

La psychomotricité lie motricité et sensorialité à toute une série d'expériences émotionnelles induites par le groupe et la relation à l'autre. Le psychomotricien va également encourager la verbalisation pour développer la symbolisation et la reconnaissance des émotions.

L'objectif est que le patient retrouve des capacités qu'il puisse utiliser pour faciliter son retour à son domicile et son quotidien.



### 4.3.3 Séances psychomotrices

« A la souffrance liée à l'excès de corps, s'ajoute la souffrance de ne pas vivre dans son corps ».

(Dalarun, 2019)

Comme nous avons pu le développer, le projet de soin psychomoteur de la personne en situation d'obésité est d'encourager, par l'expérimentation sensori-motrice, une réappropriation de son corps pour ensuite se diriger vers l'acceptation de soi, l'amélioration de l'image de soi. L'objectif est que le patient puisse vivre en harmonie avec un corps réel et unifié qui soit reconnu.

Six séances de psychomotricité sont proposées lors du séjour. Elles se succèdent selon une logique bien définie permettant au patient d'accéder étape par étape à l'intégration de soi. L'approche psychomotrice retrace les phénomènes originaux impliqués dans la construction de l'image du corps afin de faciliter son acquisition puis sa valorisation.

Je vais développer les six ateliers psychomoteurs en les répartissant selon trois grandes parties successives et complémentaires entre elles :

#### 4.3.3.1 Habiter son corps

La première étape dans l'accompagnement de la personne obèse est de l'amener à habiter son corps, le restructurer et surtout d'accepter les sensations ressenties sans jugement.

Les trois premières séances de psychomotricité sont engagées dans un travail d'accueil et d'investissement du corps propre à partir d'expériences sensori-motrices.

- Corps en mouvement :

Cette première séance, qui participe à l'évaluation psychomotrice du patient, a pour objectif de **restaurer un lien positif** avec le corps dans le mouvement.

Elle débute par un temps de discussion sur la question du mouvement. Il est demandé au patient d'en faire une définition et d'expliquer ce que le mouvement représente pour lui, ce qu'il lui amène en terme de sensations. L'objectif est de l'amener à faire une première **discrimination des sensations** en distinguant les mouvements agréables de ceux désagréables ou douloureux.

S'ensuit une mise en pratique avec l'expérimentation de différents exercices corporels spécifiques à la contraction ou l'étirement musculaire. Après chaque mouvement une verbalisation des ressentis est demandé. Ce corps de séance permet de clarifier et d'identifier les différentes sensations dites « normales » apportées par les contractions et les étirements de la mise en mouvement.

Cela demande au patient **d'être attentif à ses ressentis et éprouvés corporels** et d'être capable de s'exprimer et de verbaliser sur ses sensations.

Cet atelier se termine par un temps d'automassage par la médiation d'un ballon. La mise en mouvement du corps sur le ballon permet au patient d'accéder à un massage, adaptable en fonction de l'appui qu'il exerce sur le médiateur. Cette expérimentation est vécue comme une « révélation » par les patients qui diminuent leurs douleurs musculaires de manière simple et peu coûteuse. Le patient devient acteur et autonome dans la prise en charge de sa douleur.

Ce travail, en corrélation avec les apports pluridisciplinaires et l'évolution personnelle de chaque patient au cours du séjour, soutient le maintien dans le temps d'une activité physique adaptée et de l'estime de soi ainsi que **l'investissement du lien psycho-corporel**. L'objectif est que le patient se recentre sur son corps et accède à des sensations agréables. C'est le début de l'investissement d'un corps plaisir.

- Dégustation pleine conscience :

Ce deuxième atelier est animé par le binôme psychomotricienne/diététicienne. L'objectif est que le patient **intègre les aliments comme source de plaisir** et non plus comme des calories, qu'il se concentre sur le ressenti alimentaire. Ainsi, il pourra éviter l'utilisation de l'alimentation comme réponse à un état émotionnel et se défaire du sentiment de culpabilité.

Au départ, les patients doivent choisir parmi plusieurs aliments celui qu'ils préfèrent, en manger un morceau puis exprimer les sensations qui émanent de cette dégustation. Enfin ils lui associent une note de satisfaction.

Ensuite est réalisée une méditation pleine conscience dans laquelle les patients sont invités à prendre conscience de leurs points d'appui sur la chaise. Cette relaxation permet l'accès à une détente psychocorporelle mais aussi à un état calme et de concentration recherché pour la suite de l'atelier.

Pour la fin de l'atelier, la diététicienne guide la dégustation de l'aliment restant. Il est proposé au patient de regarder l'aliment, de le toucher afin de prendre conscience de sa texture, de le sentir, de le casser près de l'oreille puis de l'amener à sa bouche, de le promener sur toute la sphère buccale et de le laisser fondre, quand c'est possible, avant de le manger.

A la suite de cette expérience le patient donne une note à l'aliment et exprime les sensations éprouvées. Les cinq sensorialités étant explorées, les sensations et émotions associées sont vécues différemment et plus intensément que lors de la première dégustation. Le travail sur les cinq sens aide le patient à sentir son corps de façon positive et à respecter ses signaux.

Généralement cet atelier amène la personne à prendre conscience de l'importance **d'accorder du temps à l'acte de manger**. Beaucoup expriment un sentiment de satiété à la fin de la deuxième dégustation et font le lien avec le fait de prendre le temps de manger ; « *si on était resté sur la première dégustation j'aurai fini la plaquette de chocolat, mais maintenant je me sens rassasié, je n'en veux plus* ».

Ainsi, le patient expérimente sa capacité à trouver ou **retrouver des sensations gustatives**. Manger en profitant de l'instant présent, qui doit être un moment calme et apaisant, est reconnu par les patients comme étant un moyen de lutte contre la compulsion alimentaire. Ils peuvent devenir acteur de leur alimentation en accordant une écoute attentive à leurs sensations.

Cela leur permet également de se défaire de l'idée selon laquelle ils auraient des goûts responsables de leur obésité. Au contraire chacun est unique avec sa sensibilité, sa mémoire olfactive, ce qui les rend non coupables. En distinguant leurs sensations et leurs préférences, ils parviennent à parler d'eux.

- Équilibre :

Ce troisième atelier se fait en collaboration avec le professeur APA. L'objectif ici est que le patient ressente le **poids du corps sur ses appuis**, qu'il parvienne à **structurer son axialité** et sa verticalité et qu'il organise et conscientise son espace corporel de manière à être stabilisé dans ses mouvements.

Cet atelier débute par un échauffement du corps qui permet notamment de continuer le travail d'écoute des sensations corporelles entamé lors des deux ateliers précédents. L'échauffement se termine par une stimulation sensorielle de la voute plantaire permettant une intégration des appuis.

Concernant le corps de séance, j'ai eu l'occasion de construire un parcours dont la variété des obstacles permettait le balayage des différents versants de l'équilibre. Ce parcours se constituait d'épreuves d'équilibre statique unipodal et bipodal, d'équilibre dynamique dans les trois plans de l'espace tel que par exemple le passage d'un step en avant, en arrière et sur le côté ainsi que d'un travail de passage au sol et de relevé du sol avec entre temps un exercice d'équilibre statique en station quatre-patte.

Plusieurs passages étaient réalisés avec une modification des consignes en fonction des capacités du groupe. L'ajout de règles plus complexes apportait une valeur ludique à l'atelier et valorisait les capacités du patient.

Cet atelier permet de structurer le corps et de retrouver des **sensations d'unité corporelle** nécessaires au maintien de l'équilibre. Tout au long du parcours les patients font également l'expérience de leurs capacités physiques, reprennent confiance en elles et découvrent une prise de plaisir dans le mouvement, les éloignant de leur kinésiophobie.

Certains font la remarque « *Je ne me pensais pas capable d'une telle stabilité* », « *je suis étonné de ne pas ressentir de douleurs* ».

De plus ils intègrent leur volume corporel et commencent à respecter leurs limites ce qui, comme le disait DALARUN, « *constitue la base du respect de soi* ».

Je trouve intéressant de notifier que chaque passage est individuel. Ils sont donc soumis au regard du groupe, s'exposant à la vue de tous. Le fait que cette situation n'ait jamais entraîné de complications pour aucun des patients rencontrés, revient à penser qu'un phénomène d'acceptation du regard de l'autre, au sein d'un groupe bienveillant, se met en place. La validation et l'encouragement de l'autre va d'ailleurs sous-tendre l'acceptation de soi.

#### 4.3.3.2 Valorisation de l'image du corps

Après avoir réalisé un travail autour de la conscience corporelle, de l'intégration des sensations internes et externes qui, mentalisées par l'effort de verbalisation, se transforment en perception et représentation, le travail en psychomotricité déviara vers un accompagnement de la valorisation de l'image du corps. Ce travail a déjà été entamé par la mobilisation d'un corps plaisir et par les ressentis positifs qui permettent un lâcher prise psychologique.

- Séance de relaxation :

Une séance de relaxation à inductions verbales est proposée aux patients qui le souhaitent. Cette relaxation se fait au sol ou sur une chaise en fonction des préférences de chacun, l'objectif étant d'être le plus confortable possible.

La relaxation est une médiation intéressante à proposer aux patients en situation d'obésité pour qui l'accès à la détente est souvent compliqué. Elle induit une **réappropriation globale du corps** avec l'invitation à se concentrer sur l'appui dans le sol qu'élabore chacune des parties du corps. Les limites corporelles sont réinvesties ce qui permet une **restauration narcissique**. De ce phénomène s'ensuit une détente physique par le relâchement plus ou moins conscient des tensions musculaires. Par continuité le patient accède à une détente psychique et à un développement de l'imaginaire.

A la fin de la relaxation un temps est réservé pour la verbalisation des ressentis. Nombreux sont ceux qui se disent « *transportés par la voix de la psychomotricienne* ». En se laissant guider, ils ressentent une détente globale des différentes parties du corps et l'associe à des sensations de bien-être qu'ils opposent à la tension corporelle normalement éprouvée.

Pour une majorité un premier lien s'élabore entre tonus et émotion. Ils associent la détente musculaire à un sentiment de plaisir, parfois le vécu de la relaxation s'apparente à des souvenirs personnels là aussi associés à un vécu émotionnel. Il est également fréquent que le patient exprime des perceptions de l'ordre de l'imaginaire telles que le ressenti d'une chaleur qui traverse tout le corps.

Le lien psychocorporel est réinvesti par des aller-retours entre sensation, perception et représentation. Ce réinvestissement corporel associé à des émotions positives permet une **valorisation de soi**.

- Modelage :

Cette séance se déroule en fin de troisième semaine lorsque des changements corporels et des remaniements psychiques apparaissent chez les patients.

L'objectif de cet atelier est d'amener le patient à verbaliser l'**impact de l'image du corps sur le quotidien** et sur la sphère relationnelle, d'aborder les repères de changements corporels liés à la pratique d'activité physique et de l'équilibre alimentaire et d'aborder les outils pour devenir acteur de la modification de l'image du corps.

L'atelier a pour but d'amener une réflexion autour de la question de l'image du corps à partir de l'utilisation de sable kinétique. La consigne donnée aux patients est :

« *vous vous modelez tel que vous vous voyez actuellement* ».

Un temps est laissé à la réalisation du modelage durant lequel un rappel des consignes de bienveillance, d'écoute et de respect de l'autre est fait. En effet un cadre doit être posé pour éviter de quelconques jugements face aux confidences faites. Parler de soi, dévoiler ses faiblesses, ses souffrances et ses complexes est une preuve de confiance et de lâcher-prise qu'il faut savoir soutenir et valoriser.

Un par un les patients prennent la parole en expliquant ce qu'ils ont voulu représenter avec ce modelage. Ce qui revient généralement est la modélisation d'un corps uniforme ou à l'inverse difforme : « *je me suis modelé comme je me vois c'est à dire comme une grosse boule* », « *j'ai insisté sur mes bras, mon ventre et mes hanches parce que c'est ce que j'aime le moins chez moi* », « *moi, homme, je me suis représenté avec des seins* ». Il s'agit dans un premier temps de recueillir la parole du patient sur sa propre représentation puis de l'amener à développer les changements psychocorporels observés et perçus depuis le début du séjour nutrition.

Toutes les verbalisations des patients sont recopiées et classées au tableau en fonction de leur nature plutôt psychique ou physique, afin de les conduire à faire des liens entre l'impact psychique et l'impact physique émis par les différentes situations.

Ainsi ils prennent conscience de l'interaction constante entre ces deux composantes. Par exemple, l'activité physique me rend plus tonique et améliore mon humeur. J'entre dans un cercle vertueux dans lequel ma motivation s'accroît en même temps que mes changements corporels.

Ce travail permet une **revalorisation de l'image du corps**. Par la verbalisation et le partage d'expérience les patients mentalisent les progrès psychocorporels engagés et l'augmentation de leurs capacités. Ils prennent progressivement conscience de leur intégrité ce qui participe largement à l'amélioration de l'image du corps.

Pour l'illustrer, voici les différents ressentis exprimés par l'un des groupes. La colonne « image du corps négative » représente la perception qu'ils ont d'eux-mêmes imagée par le modelage. La colonne « image du corps positive » représente les changements perçus depuis leur entrée dans le centre de rééducation.

<b>Image du corps négative</b>	<b>Image du corps positive</b>
<p><i>Psychologique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvais regard sur soi</li> <li>- Pas de motivation, d'envies</li> <li>- Difficulté de se regarder dans le miroir et d'accepter son reflet</li> <li>- Stigmatisation</li> <li>- Regard de l'autre compliqué</li> <li>- Repli sur soi</li> <li>- Isolement</li> </ul>	<p><i>Psychologique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien être de l'état général</li> <li>- Plus de motivation pour continuer les efforts et de fierté</li> <li>- Plus de considération pour soi</li> <li>- Meilleur sommeil</li> <li>- Amélioration de l'humeur</li> <li>- Je me recentre</li> <li>- Amélioration de mon estime</li> </ul>
<p><i>Physique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gêne pour le quotidien</li> <li>- Manque de souplesse</li> <li>- Plus de fatigue</li> <li>- Plus de douleurs</li> <li>- Sédentarité</li> <li>- Formes difformes</li> </ul>	<p><i>Physique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de douleurs</li> <li>- Redécouvertes des sensations</li> <li>- Plus dynamique et mobile</li> <li>- Plaisir à faire du sport</li> <li>- Plus d'endurance et de tonicité</li> <li>- Changements physiques</li> </ul>

Finalement cet atelier demande pour compétences de pouvoir créer un modelage centré sur la représentation de soi, mais aussi d'être capable de verbaliser ses conséquences personnelles donc **de parler de soi** et échanger sur le thème de l'image du corps. Enfin cela demande **d'investir les éprouvés corporels** en cherchant le lien avec l'image du corps.

#### 4.3.3.3 Reconnaissance des émotions

Le travail d'expression des émotions s'effectue à chaque atelier, lors des verbalisations, de la prise de plaisir dans le mouvement et dans la relation. Une dernière séance est réservée spécifiquement à cette notion afin de faire la synthèse de ce qui a été abordé tout au long du séjour.

Cette séance « posture et expression » s'organise à la suite de l'atelier « modelage » permettant une continuité de soin et le soutien du travail de valorisation de soi.

- Posture et expression :

L'objectif est de renforcer l'investissement du lien psychocorporel et prendre conscience des **répercussions que les états émotionnels et psychiques peuvent avoir sur la posture**.

L'atelier débute avec un rappel synthétique des changements psychocorporels énoncés lors du dernier atelier, en mettant l'accent sur l'impact de la tonicité. Généralement les patients établissent un lien entre une tonicité plus importante et le redressement de l'axe. Ainsi est initié la réflexion autour de l'impact de la posture et de l'aisance corporelle sur le regard sur soi et la relation à l'autre. Une mise en jeu corporelle est proposée pour l'expérimenter.

Des postures en fermeture, sont réalisées et suivies d'une verbalisation sur les ressentis corporels. Pour certains la position est agréable, contenante et rassurante quand pour d'autres, elle est désagréable et entraîne des tensions. A l'identique des postures en ouverture sont pratiquées, majoritairement appréciées par les patients et associées à une envie de bouger.

Un jeu d'imitation de posture s'ensuit. Ce jeu d'expression développe la créativité du patient et leur demande d'avoir confiance en eux, d'assumer leur proposition qui sera reproduite par les autres. Il permet également de prendre conscience de l'image renvoyée aux autres dans telle ou telle posture. Par exemple une personne en posture d'ouverture, semblera plus confiante et ouverte à la relation, au monde environnant qu'une personne repliée sur elle-même.

En fin d'atelier est proposé un mime des six émotions fondamentales. Là encore le patient s'expose à la vue de tous, soutenant un début d'acceptation du regard de l'autre. L'imitation se fait d'abord avec tout le corps puis seulement avec le visage. Ainsi ils expérimentent le lien tonico-émotionnel et l'impact de l'émotion sur la posture et le tonus. Cet atelier permet aussi le réinvestissement des émotions et leur reconnaissances, étant la base nécessaire pour apprendre à réguler ses émotions tout en évitant la compulsions alimentaire.

Les patients prennent conscience que tonus et émotion interagissent en permanence et peuvent avoir un impact sur l'image que l'on renvoie à l'autre mais aussi sur notre propre estime. Ils doivent être capable de verbaliser sur les changements corporels éventuels, d'**identifier les mouvements favorisant le redressement de la posture** et d'évaluer son retentissement sur l'état émotionnel ainsi que sur le **très fort lien existant entre émotion, posture et tonus**.

En conclusion, nous pouvons dire que l'accompagnement psychomoteur permet d'aider le patient à acquérir différentes compétences telles que l'écoute de ses sensations, l'investissement d'un corps plaisir et du lien psychocorporel, le respect et la connaissance de soi.

Le psychomotricien accompagne également l'intégration du lien entre émotion, posture et tonus et son implication sur l'image du corps et l'entrée en relation. L'ensemble de ces compétences permet de donner les outils nécessaires au patient pour qu'il améliore et valorise son image corporelle.

En fin de séjour je leur fais de nouveau parvenir le test des silhouettes. Cela me permet d'objectiver les modifications vécues par les patients. Sur les onze interrogés, tous ont maintenu la vision qu'ils avaient de leur corps ou l'ont amélioré. Ils disent ressentir plus de tonicité et moins de charge pondérale dans leur corps. Finalement j'ai été surprise de m'apercevoir que ces modifications de représentation étaient entraînées par la modification des ressentis internes et par la perte du périmètre abdominal plus que par la vision renvoyée par le miroir. Une écoute de soi est donc élaborée en fin de séjour, démontrant l'acquisition d'un outil fondamental à l'amélioration de l'estime de soi. Mais ceci n'est qu'une ébauche du travail à accomplir. Améliorer l'estime de soi est un travail à long terme qui demande d'être poursuivi par le patient après sa sortie du centre.



## 4.4 Étude de cas

Afin d'illustrer ce qui a été développé tout au long de ce mémoire, je vous présente le cas de M. L, ayant participé au séjour nutrition du 28 Mars au 22 Avril 2022.

### 4.4.1 *Anamnèse*

M.L est un patient de 54 ans qui intègre le programme dans l'objectif de perdre du poids. Il est en obésité modéré avec un IMC de 33.38 kg/m<sup>2</sup> à son entrée. Son poids est de 97,6 kilogrammes pour un périmètre abdominal de 120 centimètres.

Concernant ses antécédents chirurgicaux, Monsieur a été opéré il y a quelques années d'une hernie discale au niveau lombaire, lui ayant causé une lombalgie. Anciennement ouvrier, il a été déclaré invalide des suites de ses douleurs incompatibles avec son métier.

Au niveau des antécédents médicaux, il a été diagnostiqué diabétique à ses 30ans. Il identifie son diabète comme la première cause de sa prise de poids. De plus, il lui a été diagnostiqué un trouble de l'attention et de la concentration qui serait survenu à la suite d'une hypoxie néo-natale. Il a eu une scolarité compliquée durant laquelle il subissait des moqueries sur son faible niveau scolaire. Il s'est alors isolé socialement pour d'éviter le regard et le jugement de l'autre. Il dit être déçu de ne pas avoir été diagnostiqué plus tôt, n'ayant pas pu profiter d'aménagements adaptés pour favoriser son insertion sociale et sa réussite scolaire. Il fait également de l'apnée du sommeil mais n'éprouve pas de difficulté à s'endormir.

Il se décrit comme étant quelqu'un d'inactif, sans vie sociale. Il exprime avoir « du mal avec le regard de l'autre » et avoir des difficultés à recevoir un compliment, pensant que la personne n'est pas sincère. Il évite donc la confrontation avec le monde extérieur. Ce comportement d'évitement est amplifié depuis son arrêt de travail, l'isolant d'autant plus la relation à l'autre.

A la question de l'EMES-16 (*annexe*) « on s'ennuie en ma compagnie ? » et « Dans un groupe, j'éprouve un sentiment d'isolement », M.L répond « tout à fait ». Cela témoigne d'une absence de confiance en soi et affirme son retrait de la vie sociale.

Monsieur L a une mauvaise image et opinion de lui. Il se dit être très anxieux et rapporte avoir un antécédent de dépression. Il n'aime pas son physique qui lui renvoie le regard stigmatisant de la société, un sentiment d'échec et d'insécurité.

#### 4.4.2 Objectif personnel et professionnel

Lors des diagnostics éducatifs, Monsieur L fait part d'une volonté de perte de poids pour améliorer son image et sa motricité. Il se dit handicapé par son poids qui aggrave ses lombalgies et le restreint dans les activités quotidiennes telle que l'habillage. S'habiller est une étape compliquée pour ce patient qui explique ne plus savoir comment se vêtir en accord avec son apparence. De plus il manque de souplesse rendant cette tâche fastidieuse notamment au niveau des extrémités inférieures du corps.

Il associe son obésité au diabète mais également à un comportement sédentaire accompagné d'une alimentation excessive, parfois compulsive. Il décrit ne pas savoir s'arrêter de manger lorsqu'il commence un aliment appétant. De plus, il n'accepte pas le gâchis alimentaire ce qui le pousse parfois à manger malgré le sentiment de satiété.

Les objectifs de sa participation au programme sont d'améliorer sa condition physique qui le gêne dans les activités quotidiennes, rééquilibrer son alimentation et se sentir bien psychologiquement et physiquement.

Ainsi les objectifs finaux établis par accord commun avec les professionnels de santé sont :

- La mise en place d'une activité physique plaisante,
- La sensibilisation à une alimentation adaptée à son diabète,
- Un travail sur les sensations corporelles pour mieux appréhender et gérer ses douleurs et reprendre confiance en lui.

#### 4.4.3 Évaluation psychomotrice

Nous rencontrons Monsieur L, dans le cadre de la séance « corps en mouvement ». Lors de cette séance il apparaît en retrait du groupe, ne participant que très peu aux premiers échanges.

Durant cet atelier qui permet d'évaluer les rapports que le patient entretient avec son corps, Monsieur L dévoile quelques difficultés pour mobiliser son corps. Il débute les exercices de motricité debout mais rapidement des douleurs lombaires ainsi qu'un essoufflement apparaissent, l'amenant à continuer les exercices en station assise. Il explique également redouter une hypoglycémie par la pratique trop intense d'activité physique. Cependant il fait preuve de volonté et adaptera les mouvements à sa douleur afin de pouvoir les réaliser en totalité. En fin de séance ses amplitudes de mouvement seront plus importantes ce qui semble lui procurer un sentiment de satisfaction.

Lors de la verbalisation il n'est pas toujours en capacité de différencier une contraction d'un étirement ni d'élaborer une distinction de ses sensations. Le discours est assez pauvre laissant l'impression d'une difficulté à se séparer du sentiment douloureux omniprésent.

Malgré cela, l'automassage de fin de séance est un moment de plaisir pour Monsieur L qui ressent une atténuation spontanée de ses douleurs. Il prend également conscience d'une détente corporelle globale.

Nous pouvons conclure que ce patient a un grand manque de confiance en lui. Cependant il possède de nombreuses capacités qui pourront soutenir un travail de revalorisation de soi.

Dans un premier temps, il semble éloigné de ses sensations corporelles, ne distinguant pas la contraction de l'étirement ni les sensations qui en émanent. Néanmoins, il montre une capacité de détente et d'investissement du lien psychocorporel en associant la détente musculaire à une détente psychique symbolisée par la réduction de son anxiété et l'amélioration de son état général.

#### *4.4.4 Évolution en séance de psychomotricité*

Monsieur L a participé à l'ensemble des séances de psychomotricité m'ayant permis d'observer son évolution et les remaniements vécus.

Nous le retrouvons pour la séance de relaxation à induction verbale au cours de laquelle il fera l'expérience de sensations différenciées des sensations douloureuses habituellement ressenties. Le vécu de ces sensations agréables l'amène à se recentrer sur son corps et à se le réapproprier. Il verbalisera avoir pris du plaisir au travers des sensations corporelles et de l'expérimentation nouvelle d'un lâcher prise. Il commence à réinvestir son corps.

Lors de cette séance, Monsieur L se dit incapable de s'allonger sur le sol pour profiter de la relaxation. Bien qu'il éprouve une appréhension avec la conviction qu'il ne pourra pas se relever, Monsieur L va finalement y parvenir. A la fin de la séance il se relève seul avec aisance et verbalise un sentiment de fierté. Cette situation illustre la faible confiance de ce patient envers ses capacités physiques mais parallèlement, elle démontre un début de revalorisation de soi et de l'intégration d'une émotion positive.

Une semaine plus tard, lors de l'atelier « dégustation en pleine conscience », je remarque que Monsieur L est plus intégré dans le groupe et qu'il s'ouvre aux autres. Il va d'ailleurs être le premier à élaborer une verbalisation sur ses sensations gustatives. Dans un premier temps l'aliment lui procure de la satisfaction mais aussi de la frustration avec l'envie d'en manger plus. Lors de la seconde dégustation il se surprend à être rassasié, à ne plus éprouver ce sentiment d'envie incontrôlable. Il prend conscience qu'en prenant le temps de manger, en pleine conscience et dans un espace calme, les comportements de compulsion alimentaire, auxquels il est sujet, peuvent s'atténuer ou se supprimer. Il est à l'écoute de ses sensations, qu'il parvient à distinguer. Cette expérience soutient le travail de réappropriation de son corps.

Ces remaniements continuent de se développer lors des autres ateliers, avec par exemple l'atelier équilibre dans lequel je l'ai accompagné. Si il fait d'abord preuve d'appréhension, il démontre finalement de grandes capacités d'équilibration qui s'améliorent au cours du deuxième passage. Je valorise alors ses efforts, notamment lors du passage au sol et de l'équilibre statique, deux obstacles particulièrement redoutés par Monsieur. Tout au long du parcours il me semble nécessaire d'installer une proximité corporelle afin de le rassurer mais aussi de l'encourager dans ses progrès.

Parallèlement il prend de plus en plus plaisir à être en relation. Il est en confiance dans ce groupe au sein duquel ils s'entraident, s'encouragent et se soutiennent. Initialement isolé socialement, Monsieur L est ici reconnu, compris et respecté, ce qui participe à la revalorisation de soi.

Lors de l'atelier modelage il revient sur ses difficultés à se confronter au regard de l'autre mais aussi à son propre regard. Il explique qu'avant d'intégrer ce séjour il se sentait incapable du moindre effort physique. Cependant son état d'esprit a changé puisqu'il perçoit une amélioration de son état général. Il se sent heureux, plus mobile, endurant et souple.

Pendant cet atelier il est capable de dire qu'il a évolué et qu'il est fier des efforts fournis jusqu'à présent. Par les exercices corporels associés au travail psychologique, il développe un ressenti corporel positif ainsi qu'une détente psychique permettant l'amélioration de sa propre représentation. Monsieur L a encore tendance à se dévaloriser, notamment au niveau de son apparence physique, mais une évolution est à noter quant à l'acceptation de soi et le réinvestissement positif de son corps, anciennement abandonné.

Enfin, lors de la dernière séance, Monsieur L témoigne d'un véritable bien être psychocorporel tout au long de l'atelier. A la consigne « *proposez une posture d'ouverture* », il fait un pas de danse. Cette proposition renvoie au sentiment de plaisir éprouvé par la mise en mouvement. De plus, pour illustrer l'interaction entre émotion et posture, il partage une anecdote démontrant ainsi qu'il a intégré le lien entre émotion, tonus et posture. Il a ainsi acquis l'un des enjeux majeur du projet de soin psychomoteur. En identifiant les émotions et en établissant leurs impacts corporels, il est alors capable de les comprendre et d'y répondre par un comportement adapté autre qu'une prise alimentaire par exemple.

J'aimerais conclure cette étude en détaillant une situation vécue par Monsieur L qui, je trouve, résume son parcours. Lors de la dernière séance, Monsieur L nous fait part d'une remise en question survenue lorsque une photo de groupe a été faite en séance de balnéothérapie. Il nous explique qu'en se voyant en maillot de bain, il s'est trouvé plus gros que ce qu'il pensait être. Le fait de s'imaginer plus fin par rapport à ce que lui renvoie la photographie, a remis en doute les efforts réalisés au centre. Il nous questionne alors sur la raison de cette différence de perception.

Je trouve important de rappeler que le patient, avant de participer au programme, refusait de se mettre torse nu dans n'importe quelle situation de vie. Je lui démontre alors que le fait qu'il ait accepté d'être pris en photo, le corps nu et ainsi d'en laisser une trace démontre une évolution de son rapport au corps, l'acceptant et acceptant le regard de l'autre sur celui-ci.

De plus, en ayant cette différence de représentation, il démontre une intégration psychique de ses ressentis internes. En effet, il exprime s'être représenté plus fin que sur la photo, du fait de ses ressentis corporels de redressement postural, de tonicité, de souplesse et de perte de lourdeur. Il ajoute aussi se sentir mieux dans son corps lui permettant d'avoir l'assurance nécessaire pour entrer en relation.

J'insiste alors sur cette amélioration de vécu corporel et psychique. La photo est une représentation parfois faussée de la réalité, représentant un corps figé à un instant précis. Il est donc important de revenir sur l'évolution de sa propre perception.

Il se sent unifié et prend plaisir lorsqu'il est en mouvement. Il habite de nouveau son corps et est capable de trouver des solutions adaptées pour réguler ses émotions, notamment son anxiété. Cette perception améliorée de son image corporelle l'a amené à prendre plus confiance en lui pour entrer en relation et y prendre plaisir.

Il possède ainsi les outils nécessaires pour développer son estime de lui et améliorer son image corporelle. En restant à l'écoute de ses sensations, les intégrant et ainsi en accédant à une meilleure connaissance de ses capacités et limites, le patient améliorera progressivement son image corporelle.

Sa réponse au test des silhouettes de fin de séjour est influencée par cette expérience. Bien qu'il ait perçu des changements internes corporels, l'image que lui a renvoyé la photo, l'a amené à se représenter de la même manière qu'à son arrivée au centre. Il explique qu'il considère ne pas avoir changé de morphologie durant le séjour, conservant le même physique qu'à son arrivée ainsi que la même perception du regard de l'autre.

Cependant, les efforts fournis par le patient sont matérialisés par une perte de 500 grammes et d'1 centimètre de périmètre abdominal, abaissant son IMC à 33.21 kg/m<sup>2</sup>.

## **5 DISCUSSION AUTOUR DE LA BALNEOTHERAPIE**

La balnéothérapie est une médiation que je n'ai pas abordé dans ce mémoire et qui, à mon avis, pourrait être intégrée dans une prise en charge psychomotrice de la personne en situation d'obésité.

La balnéothérapie est la médiation par l'eau. Cette pratique est courante auprès des professionnels de la rééducation puisqu'elle a la particularité de pouvoir être proposée à toute population, à condition que le patient soit à l'aise avec la question de l'eau. Il est donc nécessaire d'être informé sur l'histoire de vie du patient, la relation qu'il a avec l'eau qui peut être angoissante ou traumatisante, avant de proposer cet atelier.

J'ai pu observer des séances de balnéothérapie lors d'ateliers d'activité physique adaptée qui consistaient à remettre en mouvement le patient tout en diminuant la contrainte du poids. En effet, l'eau a une fonction de portage. La gravité n'existe presque plus et le corps est allégé. Elle provoque ainsi chez les patients un sentiment de légèreté facilitant et améliorant la mise en mouvement tout en renforçant la musculature et la perte énergétique.

Mais alors quel serait son intérêt en psychomotricité ?

Je me suis questionnée sur l'utilisation de cette pratique en psychomotricité. Par ses fonctions de contenance, de portage, d'unification et ses particularités sensorielles, j'y aperçois un apport et un soutien dans le travail effectué avec les patients en situation d'obésité.

Dans un premier temps, le fait de se dénuder pour aller dans l'eau soutient déjà le travail sur l'image du corps du patient obèse. Aller à l'eau signifie exposer le corps souvent repoussé par le patient lui-même et par les autres. Se mettre à l'eau symbolise « une mise à nue », un dévoilement de soi en supprimant la couche protectrice des vêtements. Cela nécessite une acceptation ou un désintéressement du regard de l'autre et donc un début d'acceptation de son corps propre.

En tant que spécialiste du corps en relation, le psychomotricien aurait tendance à s'investir corporellement dans la séance et donc accompagner dans l'eau les patients. Cette démarche du psychomotricien permet d'encourager ce premier travail sur l'image du corps, se plaçant à la même place que le patient.

Auprès de la personne obèse, le psychomotricien agit dans le travail de réinvestissement corporel, de symbolisation et de revalorisation de l'image du corps. Par notre engagement corporel nous sommes au plus près du patient pour accompagner son vécu sensoriel et émotionnel, l'encourager dans l'exploration de l'espace et le soutenir dans sa motricité.

Nous nous éloignons de la performance pour nous engager dans la relation et étayer l'écoute de soi, la découverte de nouvelles sensations, de nouvelles expériences.

L'eau en psychomotricité permet ainsi de faire office d'un (Potel, 2009a) :

- Espace transitionnel privilégiant la relation, lieu déterminant un objet d'investissement intermédiaire
- Aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes
- Lieu de rencontre dans un monde proche et intime
- Il permet un travail rééducatif avec un réengagement corporel du corps.

L'eau est un élément riche permettant de nombreuses explorations sensorimotrices. Les personnes se rencontrent dans un même espace, soutenant un travail relationnel et une interaction, bien souvent abrasée chez les personnes obèses.

Cette médiation peut être par exemple utilisée pour favoriser l'accès à la détente et ainsi diminuer l'hypertonie installée chez la majorité des patients. Par sa chaleur et sa fonction enveloppante qui donne un sentiment de seconde peau, une détente tonique se crée presque instantanément.

A cela peut s'ajouter une détente psychique provoquée par la sensation de contenance. En effet, les limites corporelles seront massées, caressées par l'eau. D'un point de vue psychomoteur cette matière permettrait le réinvestissement corporel ainsi que son unification. Ainsi un travail de conscience corporelle se met en place. Avec le corps insurgé et immobile une régression se fait. Le sujet est alors capable de prendre conscience de ses structures fondamentales telles que les os, les muscles, la peau.

Différentes sensorialités sont également mises en jeu, l'ouïe et la vue qui se modifient en fonction que l'on soit totalement immergé ou non. L'immersion dans l'eau permet de se couper du monde et surtout de se recentrer sur soi.

En suivant ce principe d'accompagnement du réinvestissement corporel, des exercices plus dynamiques pourraient également être proposés. Le travail dans l'eau en psychomotricité peut soutenir la prise de conscience de la précipitation motrice dans laquelle les personnes sont souvent installées. L'eau est une matière fluide qui s'imprègne du mouvement réalisé. Ainsi par les variations d'ondulations, le sujet aura un retour visuel de son mouvement. On pourra alors proposer différentes réalisations motrices avec différentes amplitudes et intensités afin de travailler sur la régulation tonique.

Finalement la balnéothérapie en psychomotricité étayerait une revalorisation de l'image du corps. Dans l'eau le patient est porté et contenu, il est moins lourd et peut vivre différentes expériences sensorimotrices. Tout cela aura pour effet de le narcissiser. En effet, un véritable apport sensoriel, proprioceptif et kinesthésique s'opère dans l'eau soutenant le travail psychomoteur.

Par exemple, en ne subissant pas la gravité ni le poids de son corps, le patient aura accès à des mouvements de plus grande amplitude, une endurance plus importante valorisant ses capacités physiques. De la même manière la détente permise par l'eau améliorera l'estime qu'il a de lui en lui permettant le vécu de sensations et d'émotions positives, l'expérimentation de sensations autres que les sensations douloureuses et désagréables.

Cependant, je pense qu'il est important de prendre en compte l'effet réfléchissant de l'eau pouvant renvoyer l'image du patient, qui bien souvent ne se regarde pas dans le miroir n'appréciant pas son reflet ou ne le reconnaissant pas.

« *L'eau en tant que surface est un vrai miroir réfléchissant de la construction de notre identité corporelle* ». (Potel, 2009)

Elle peut avoir un effet même grossissant qu'il faut pouvoir prendre en compte si l'on propose cette médiation à la personne obèse. Elle peut alors mettre en évidence certaines particularités psychocorporelles et projeter les états émotionnels des patients.

Enfin, l'eau avec son effet isolant, nous plonge dans une rencontre avec nous-mêmes. Ceci peut être compliqué pour le patient qui se retrouve face à lui, face à son image dépréciée.



## **CONCLUSION**

Le corps est au cœur de la prise en charge psychomotrice mais également au cœur de la problématique de l'obésité. L'obésité est une maladie chronique entraînant de nombreuses complications majoritairement répercutées sur le corps du sujet. Le corps devient le lieu d'expression de la souffrance et subit le rejet de l'autre mais aussi de la personne elle-même. Désinvesti, il entretient les difficultés psychologiques telles qu'une perte d'estime de soi, une perte d'interaction sociale et une dévalorisation de son image du corps.

Comme le disait un patient,

*« Le corps est notre véhicule il est indispensable de prendre soin de lui ».*

Leur venue au centre de rééducation est généralement motivée par la perte de poids. Cependant avec l'accompagnement pluridisciplinaire dans laquelle est inscrite la psychomotricité, le patient prend conscience que « prendre soin de lui » n'est pas seulement perdre du poids mais plutôt s'accepter, se respecter et retrouver la confiance en soi qu'ils avaient perdue. Ils prennent peu à peu conscience de la dévalorisation dont ils font preuve et de son impact dans leur vie personnelle et sociale.

La psychomotricité intervient alors en toute légitimité dans l'accompagnement de la personne obèse. En partant de mises en jeu corporelles et d'expérimentations sensorimotrices, elle accompagne le travail de réappropriation du corps du sujet. C'est par le réinvestissement corporel que le patient pourra ensuite évoluer, reconnaître ses capacités et ses limites et commencer à améliorer l'image de soi.

En faisant un travail sur eux, en étant acteur, les patients favorisent les chances de se voir évoluer sur le long terme et d'accéder à leurs objectifs. Le séjour nutritionnel n'est qu'une première aide, un élan à leur propre prise en charge. Le travail pluridisciplinaire s'organise autour d'une déculpabilisation du patient, d'une valorisation de ses capacités et d'une sensibilisation à une écoute plus attentive des sensations. Tout cela se fait dans l'objectif de lui fournir les outils nécessaires à sa propre prise en charge.

Cependant cette prise en charge de l'obésité et de ses conséquences psychocorporelles et sociales est longue, ambitieuse et demande au patient une capacité de changement.

Certains optent pour des méthodes de perte de poids rapide qui auront pour effet d'amplifier les sentiments de culpabilité et d'échec. Le sujet s'installe alors dans un cercle vicieux de perte d'estime de soi et développera des troubles comportementaux et/ou psychologiques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ANSES (2010, Novembre). *Risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*. <https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2010CPA17.pdf>

Albaret, J.-M. (2013). Les troubles psychomoteurs aujourd'hui : Entre Ajuriaguerra et la théorie des systèmes dynamiques. *Développements*, 14, p. 4 à 12.

Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). Chapitre 17 . *Manuel d'enseignement de psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques*. Paris, De Boeck-Solal.

Bruch, H., Verne, F., & Manin, M. (1994). Chapitre 4, 7 et 11. *Les Yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique*. Payot & Rivages.

Bruchon-Schweitzer, M. (1990). Chapitre 3. Images corporelles et personnalité. *Psychologie d'aujourd'hui*, p. 173-289.

Brun, A. (2019). Chapitre 3. Groupe thérapeutique à médiation et psychose infantile. *Psychotherapies*, 85-125.

Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R., & Roussillon René. (2007). *Didier Anzieu : Le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Éd. Érès.p.20-30.

Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), p. 81-102.

Claudon, P., & Weber, M. (2009). L'émotion : Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*, 21(1), 61-99.

Dalarun, P. (2015). *Chapitre 13. Apports de la thérapie psychomotrice au traitement de l'obésité et du surpoids*. Dunod.

Dalarun, P. (2019). *Chapitre 24. Accompagnement de la personne obèse adulte*. Dunod.

Damasio, A. R., Larsonneur, C., & Tiercelin, C. (2002). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. O. Jacob. p. 52-109.

Dolto, F. (1992). *L' image inconsciente du corps*. Ed. du Seuil. p.17-34.

Dumet, N. (2002). La différence incarnée. Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l'obésité. *Cahiers de psychologie clinique*, 18(1), p. 29-44.

Garnier, C., & Benzerouk, F. (2015). L'identité de la personne obèse. *La lettre du psychiatre*, XI(5).

Gaumet, S. (2014). *Approche psychomotrice de la personne obèse*. De Boeck-Solal.

Gougoulis, N. (2013). Émergences du corps dans le travail du contre-transfert. *Le Journal des psychologues*, 311(8), p. 32-36.

Harrus-Révidi, G. (1994). *Psychanalyse de la gourmandise*. Payot. p. 22-51.

Haute Autorité de Santé. (2007, Juin). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation . *Obésité*, 4(1), p. 39-43.

Jeannerod, M. (2010). From the body image to the sense of self. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), p. 185-194.

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : Entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3-4), p. 193-209.

Mou, J. (2018). *Représentation du corps et obésité : Apport de la psychomotricité*. [Mémoire de fin d'étude, université de Bordeaux]. HAL Id. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838762/document>.

Nasio, J.-D. (2013). *Mon corps et ses images : Le corps est la voie royale qui mène à l'inconscient!*. Payot.

Obépi-Roche, (2020), Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité, (7ème édition), <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2020, Aout). *Obésité et surpoids*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1998). Éducation Thérapeutique du Patient, *Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. p. 9-19.

Pétre, B., & al. (2019). La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient! *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 11(1).

Peuteuil, P. (2014). *Les corps malmenés : Anorexie, boulimie, obésité*. A. Colin.

Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps*. Dunod.

Potel, C. (2009a). Le choix d'une médiation : L'eau. *Le corps et l'eau* (p. 25-27). Érès.

Potel, C. (2009b). L'eau. *Le corps et l'eau* (p. 46-59). Érès.

Potel, C. (2019). 3. Psychomotricité : Un métier en lien avec son histoire et son environnement. In *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres. p. 59-74.

Raoult, P. A. (2013). *Le corps du crime : Clinique et psychopathologie des souffrances corporelles*. Presses universitaires de Grenoble. p.77-86.

Schilder, P., Gantheret, F., & Truffert, P. (1980). *L'Image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard. p. 35-40.

Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), p. 497-502.

TAUZIEDE, M. (2017). *Conscience corporelle et apport de la psychomotricité dans la prise en soin de la personne obèse* [Mémoire de fin d'étude, université de Bordeaux]. HAL Id. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562200/document>

Waysfeld, B. (2013). Obésités nécessaires, obésités accidentelles. *Hegel*, 4(4), p. 329-330.

Waysfeld, B. (2014). *Le poids et moi* (2e éd). A. Colin.

Zermati, J.P, Apfeldorfer, G., & Waysfeld, B. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. O. Jacob.

## ANNEXE

### Questionnaire :

Je suis étudiante en troisième année de psychomotricité et je fais un mémoire sur le thème de l'estime de soi. Si certaines questions sont trop intrusives ou vous mettent mal à l'aise vous pouvez choisir de ne pas y répondre.

- Premièrement comment allez- vous aujourd'hui?
- Comment vous sentez vous moralement, physiquement actuellement ?
- Qu'attendez-vous de ce programme? Quels sont vos objectifs?
- Quel rapport avez-vous avec votre corps ? Comment le perceve- vous ? (*par exemple : le reflet que vous renvoie votre image dans le miroir*)
- Prêtez-vous attention au regard de l'autre? Si oui que vous renvoie-t-il?
- Lorsqu'on vous fait un compliment comment y réagissez-vous?
- Considérez-vous avoir une vie sociale dynamique ? Faites-vous des activités en groupe ?
- Ressentez-vous des difficultés physiques, (*de motricités, de souplesse, essoufflement par exemple*)? Si oui précisez.
- Comment décrivez-vous l'étape de l'habillage?
- Comment décrivez-vous votre vie professionnelle?
- Votre poids impact-il vos relations/intimité?
- Votre poids actuel impact-il votre sommeil ?
- Avez-vous des douleurs liées à votre poids ? Si oui à quel endroit?
- Prenez-vous du plaisir à manger? (entourez la réponse) : pas du tout/ un peu/ moyen / beaucoup/ énormément
- Quel est votre rapport avec la nourriture (*forme de récompense, compulsion, anti-stress, gourmandise*)?
- Avez-vous déjà fait un régime? Quel a été son effet ?
- Avez-vous des appréhensions particulières quant à ce séjour?

Consigne : Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être. Il n'y a pas de « bonne réponse ». Choisissez une seule réponse par affirmation et efforcez-vous de répondre à toutes les affirmations le plus spontanément possible.

	Pas du tout				Tout à fait
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Mon physique plaît facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les autres doutent de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai une bonne opinion de moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens bien uniquement quand je suis seul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens meilleur que les autres dans certaines activités artistiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis fier de mes résultats professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis souvent anxieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je fais peu d'efforts pour mieux travailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je pense arriver à faire toutes sortes d'activités artistiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis fier de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mes supérieurs sont satisfaits de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. On s'ennuie en ma compagnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je trouve que mon corps est bien proportionné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens doué dans toutes sortes d'activités artistiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dans un groupe, j'éprouve un sentiment d'isolement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. En général, j'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*EMES-16 Scale Items : Echelle Multidimensionnelle d'Estime de Soi  
(Barbot, B., Safont-Mottay, C., Oubrayrie-Roussel, N., 2019)*

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

A. A partir des dessins suivants, indiquez quelle est l'image qui vous représente le mieux (mettre sur les pointillés le numéro qui correspond à votre choix)? N°.....

B. A partir de ces mêmes dessins, indiquez quelle est l'image qui correspond le plus à ce que vous souhaiteriez être (mettre sur les pointillés le numéro qui correspond à votre choix)? N°.....

C. Enfin à partir de ces mêmes dessins, indiquez quelle est l'image d'après vous que les autres ont de vous (mettre sur les pointillés le numéro qui correspond à votre choix)? N°.....

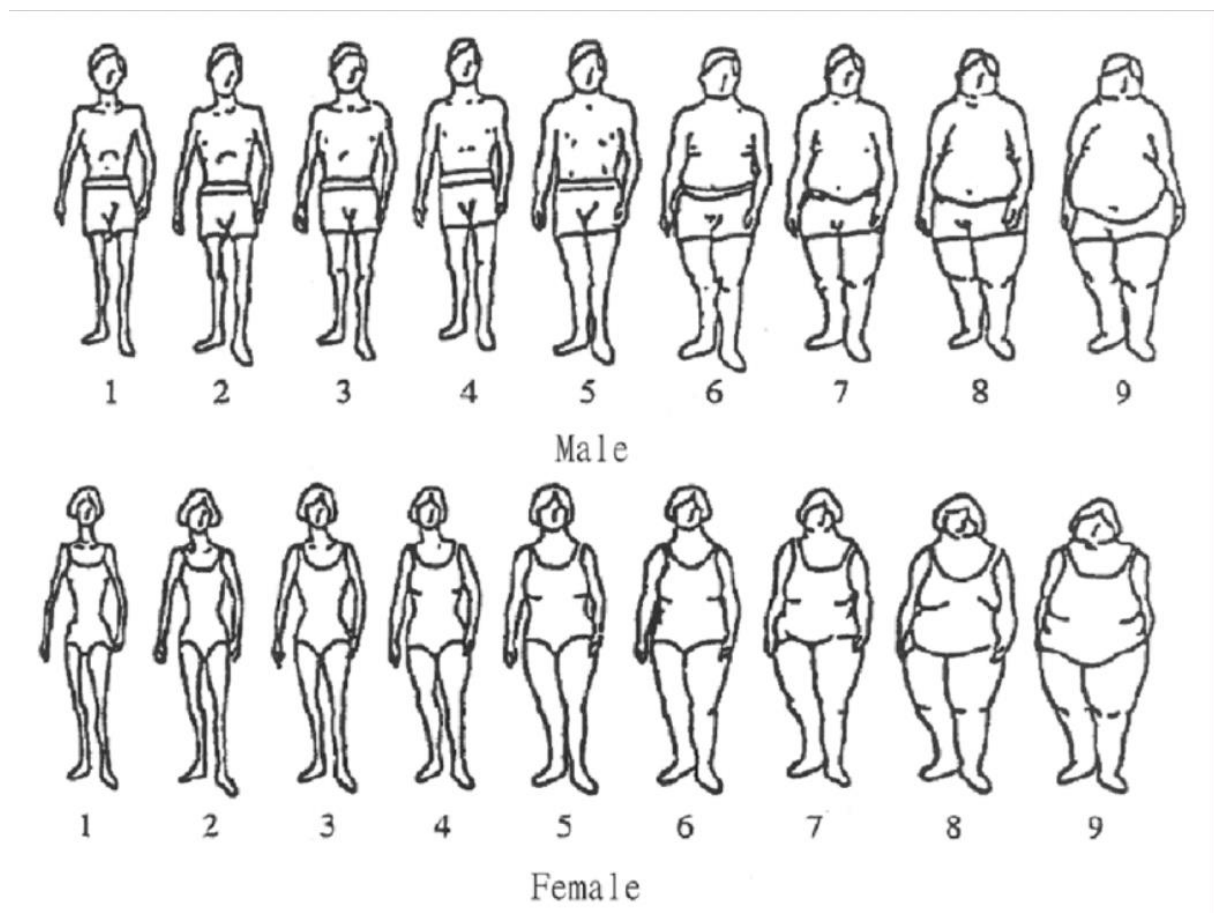


Figure rating scale (Stunkard, Sorensen, & Schulsinger, 1983).

## TABLES DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1 IMAGE DU CORPS</b> .....	3
1.1 Schéma corporel et image du corps : définitions plurielles .....	3
1.1.1 <i>Schéma corporel</i> .....	3
1.1.2 <i>Image du corps vue par les psychanalystes</i> .....	5
1.2 L'image composite en psychomotricité .....	8
1.3 Estime de soi.....	11
1.3.1 <i>Sensation-perception-représentation</i> .....	13
1.3.2 <i>Émotion</i> .....	14
<b>2 OBÉSITÉ</b> .....	17
2.1 Généralités sur l'obésité .....	17
2.1.1 <i>Définitions</i> .....	17
2.1.2 <i>Différents indicateurs</i> .....	18
2.1.3 <i>Mode de répartition des graisses</i> .....	20
2.2 Étiologies.....	22
2.3 Compulsion ou gourmandise ? .....	27
2.3.1 <i>Acte de manger</i> .....	27
2.3.2 <i>Comportement alimentaire troublé</i> .....	28
2.3.3 <i>Le mangeur émotionnel</i> .....	29
2.4 Conséquences médicales et comorbidité .....	31
2.5 Traitements et limites.....	33
2.5.1 <i>Régimes et effet « yoyo »</i> .....	33
2.5.2 <i>Chirurgie bariatrique</i> .....	35
<b>3 OBESITE ET SES CONSEQUENCES SUR L'IMAGE DU CORPS</b> .....	37
3.1 Enveloppe corporelle .....	37
3.1.1 <i>Le Moi-Peau</i> .....	37
3.1.2 <i>Moi grasse</i> .....	39
3.2 Émotions, sensations et représentations : .....	41
3.2.1 <i>Sensations corporelles</i> .....	41
3.2.2 <i>Pensée opératoire</i> .....	43



3.2.3	<i>Alexithymie</i> .....	43
3.3	Obésité : lieu de douleur multiples .....	45
3.3.1	<i>Généralités</i> .....	45
3.3.2	<i>Douleur ou protection ?</i> .....	46
3.4	Répercussions globales et vision sociale.....	48
3.4.1	<i>Répercussions corporelles</i> .....	48
3.4.2	<i>Répercussions socio-relationnelles</i> .....	48
3.4.3	<i>Répercussions psychologiques</i> .....	50
<b>4</b>	<b>LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE LA PERSONNE OBESE</b> .....	<b>52</b>
4.1	Présentation du programme de nutrition .....	52
4.1.1	<i>Le centre de rééducation</i> .....	52
4.1.2	<i>Organisation du programme</i> .....	53
4.2	L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) .....	55
4.2.1	<i>Généralités</i> .....	55
4.2.2	<i>La prise en charge groupale</i> .....	58
4.2.3	<i>Équipe pluridisciplinaire et ateliers</i> .....	60
4.3	Apport de la psychomotricité .....	63
4.3.1	<i>Psychomotricité ou le corps en relation</i> .....	63
4.3.2	<i>Bilans et entretien psychomoteur</i> .....	65
4.3.3	<i>Séances psychomotrices</i> .....	69
4.3.3.1	<i>Habiter son corps</i> .....	69
4.3.3.2	<i>Valorisation de l'image du corps</i> .....	72
4.3.3.3	<i>Reconnaissance des émotions</i> .....	75
4.4	Étude de cas .....	77
4.4.1	<i>Anamnèse</i> .....	77
4.4.2	<i>Objectif personnel et professionnel</i> .....	78
4.4.3	<i>Évaluation psychomotrice</i> .....	78
4.4.4	<i>Évolution en séance de psychomotricité</i> .....	79
<b>5</b>	<b>DISCUSSION AUTOUR DE LA BALNEOTHERAPIE</b> .....	<b>82</b>
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>85</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>86</b>
	<b>ANNEXE</b> .....	<b>89</b>