

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
INTRODUCTION	6
I- L'OBÉSITÉ	8
1. UNE MALADIE BIO-PSYCHO-ENVIRONNEMENTALE	8
a) <i>Qu'est-ce que l'obésité ?</i>	<i>8</i>
b) <i>Pas une seule obésité, mais plusieurs.....</i>	<i>9</i>
c) <i>La société actuelle : un environnement obésogène ?</i>	<i>11</i>
d) <i>Stigmatisation, discrimination : point sur la grossophobie.....</i>	<i>12</i>
2. PERDRE DU POIDS : CE N'EST PAS UNE MINCE AFFAIRE	15
a) <i>Le set-point.....</i>	<i>16</i>
b) <i>Comprendre le comportement alimentaire.....</i>	<i>16</i>
c) <i>La restriction cognitive</i>	<i>18</i>
d) <i>Les troubles du comportement alimentaire</i>	<i>19</i>
3. POINT SUR LES DIFFERENTES APPROCHES DE SOIN.....	20
a) <i>L'Éducation Thérapeutique du Patient au service de la médecine de l'obésité.....</i>	<i>21</i>
b) <i>La chirurgie bariatrique.....</i>	<i>24</i>
c) <i>Qu'en est-il des sensations alimentaires ?</i>	<i>26</i>
II- L'IDENTITÉ	27
1. L'IDENTITE : UN CONCEPT COMPLEXE.....	27
a) <i>Un concept aux multiples facettes</i>	<i>27</i>
b) <i>De la sensation à la représentation, en passant par la perception</i>	<i>29</i>
c) <i>L'identité passe par la conscience de soi</i>	<i>31</i>
2. L'IDENTITE : UNE HISTOIRE DE SENTIMENTS.....	33
a) <i>À quoi se rapporte le sentiment d'identité ?.....</i>	<i>34</i>
b) <i>Être et se sentir être</i>	<i>34</i>
c) <i>Vivre en harmonie avec soi</i>	<i>35</i>
d) <i>Compter sur et pour soi-même</i>	<i>36</i>
3. L'IDENTITE PSYCHOMOTRICE	38
a) <i>Le corps comme support à l'identification</i>	<i>38</i>
b) <i>L'axe corporel comme soutien à la construction identitaire.....</i>	<i>43</i>
c) <i>Habiter son corps, c'est le vivre émotionnellement.....</i>	<i>45</i>
III- CLINIQUE.....	47
1. CONTEXTE DU STAGE	47
a) <i>Bienvenue à l'hôpital de jour</i>	<i>47</i>
b) <i>Une équipe pluridisciplinaire.....</i>	<i>49</i>
c) <i>Zoom sur les ateliers et la place de la psychomotricité.....</i>	<i>51</i>
2. L'ÉVALUATION PSYCHOMOTRICE CHEZ LES PERSONNES OBESES.....	53
a) <i>Quels sont les intérêts de l'évaluation psychomotrice chez cette population ?.....</i>	<i>53</i>
b) <i>Quels items psychomoteurs évaluer et comment ?</i>	<i>54</i>
c) <i>Quels sont les freins ?</i>	<i>57</i>
d) <i>Ce qui est fait en pratique : le questionnaire en psychomotricité</i>	<i>58</i>
3. CAS CLINIQUE : RENCONTRE AVEC MME G.....	59
a) <i>Présentation de Mme G.....</i>	<i>59</i>
b) <i>Évaluation psychomotrice de Mme G.....</i>	<i>61</i>
c) <i>Projet thérapeutique de Mme G.....</i>	<i>67</i>
d) <i>Suivi en psychomotricité de Mme G.....</i>	<i>69</i>
e) <i>Conclusion du suivi de Mme G.....</i>	<i>74</i>
IV- DISCUSSION.....	75
1. ÊTRE GROS : UNE ATTEINTE A L'IDENTITE ?.....	76
a) <i>Comment l'autre participe à notre identification.....</i>	<i>76</i>

b) Prendre sa juste place : s'affirmer au sein d'une société narcissique	78
c) L'apport de la psychomotricité dans ce soutien à l'identité.....	79
2. HABITER SON CORPS : UNE SIMPLE AFFAIRE DE VOLONTE ?	80
a) Habiter son corps pour asseoir son identité.....	80
b) Mettre son corps à distance : une tentative de protection.....	81
3. MOI, THERAPEUTE	82
a) Le corps du thérapeute au cœur de la relation de soin	82
b) Trouver sa juste place en tant que thérapeute : l'importance de l'alliance thérapeutique	85
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	I
ANNEXE I	I
Schéma explicatif du cycle de la restriction cognitive	I
(Apfeldorfer, 2011)	I
ANNEXE II	II
Questionnaire proposé à l'HDJ à l'entrée et à la sortie pour questionner la relation à soi	II
ANNEXE III	VI
Extrait du bilan de Mme G. : se dessiner.....	VI
ANNEXE IV	VII
Questionnaire Est-ce que j'habite mon corps ? rempli par Mme G.	VII
ANNEXE V	VIII
L'image de soi en couleurs	VIII
RÉSUMÉ	I

INTRODUCTION

D'aussi loin que je ne me souviens, la question de poids m'a toujours interrogée. Comme une réflexion permanente, en toile de fond de mon esprit, une préoccupation quasi constante, à bas bruit, qui au fil du temps, a pris de plus en plus de place. C'est quelque chose qui m'a souvent été rapporté étant enfant : poids plume à la naissance, qualifiée de « crevette », toute personne que je croisais se permettait de faire des remarques : « Il faut manger, te remplumer un peu, tu vas disparaître si ça continue... ». D'un côté, ma minceur inquiétait, et d'un côté, elle était complimentée dans mon sport, j'avais la corpulence parfaite pour évoluer dans le monde de la gymnastique. Comme une ambivalence, comme si, en fonction du prisme par lequel j'étais observée, j'étais parfaitement taillée ou en mauvaise santé. Comme si mon poids, ou plutôt ma corpulence, définissait ma valeur, mes capacités physiques et psychiques, ma santé, et surtout qui j'étais.

Avant de continuer mon propos, si vous le voulez bien, je vous propose une expérience : notez trois mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous entendez le mot « homme gros / femme grosse ». Enfin, notez trois mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous entendez le mot « homme mince / femme mince ». Sans jugement envers vous-même, faites l'expérience pleinement, et refaites là à nouveau lorsque vous aurez fini de lire ce mémoire.

Pour revenir au cœur du sujet, nous savons que l'obésité (j'en parlerai plus tard au pluriel) est une maladie chronique multifactorielle et relève d'un aspect bio-psycho-social complexe. Elle a été déclarée enjeu majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2013 et est en expansion constante depuis des décennies. Alors, je m'y suis d'abord intéressée par le prisme de la diététique, à l'occasion d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient obésité/diabète. En tant que stagiaire diététicienne, je me suis sentie restreinte par l'abord purement diététique, le ressentant comme l'apport paternaliste d'une solution miracle « Mangez mieux, faites du sport et vous maigrirez ». J'ai donc entamé une reconversion professionnelle en psychomotricité, afin d'aborder cette question sous un angle plus complet. L'idée d'une approche holistique, prenant en compte le lien corps-esprit, insistant sur le fait que le patient n'est pas qu'un corps (d'ailleurs souvent désigné comme « mauvais corps »), mais une entité psychocorporelle unique et surtout que le soin ne repose pas seulement sur la perte de poids : cela correspond davantage à ce que je comprends des obésités.

J'ai eu ainsi l'opportunité, pour mon stage de troisième année, d'intégrer un hôpital de jour accueillant des adultes de 18 à 70 ans en situation d'obésité, dans le cadre d'un parcours médical ou chirurgical. Dès les premières rencontres, je ressens à travers les verbalisations des patients les limitations de vivre dans un « gros corps », ainsi que les résonances psychomotrices importantes impliquées par la situation d'obésité (dysmorphophobie, troubles du comportement alimentaire, dissociation psychomotrice...). Une patiente m'a un jour dit « Si j'écoutais mon corps, je ne pourrais rien faire ». Cela voulait-il dire que son corps l'abandonne et qu'elle ne peut compter que sur son psychisme ? Qu'elle n'est pas en capacité d'investir ce corps ? Mais alors, qu'en est-il de sa personne, de sa corporéité si le lien corps-esprit est rompu ?

Au regard de toutes les réflexions qui m'ont traversée depuis toutes ces années et qui continuent à m'interroger, une question s'est imposée : **dans quelle mesure l'identité corporelle est-elle perturbée chez les personnes obèses ? Et comment le soin psychomoteur dans les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient peut-il être un soutien à cette identité ?**

Pour tenter d'éclairer ces questionnements, j'articulerai ma réflexion en quatre parties. Tout d'abord, il me semble primordial d'exposer les points théoriques clés pour mieux saisir ce que sont les obésités et toute leur complexité. En effet, être gros revêt des aspects bien plus larges que d'avoir un taux de graisse supérieur à une certaine norme. Puis, j'explicitai le concept d'identité et plus spécifiquement celui d'identité corporelle, incluant l'identité psychomotrice, qui est la base de ma question. Ensuite, je présenterai la partie clinique, en m'appuyant sur mon expérience de stage et à travers le prisme d'une patiente de l'hôpital de jour. Enfin, j'argumenterai autour des intérêts et des limites d'habiter son corps, et j'étoffai ma réflexion sur mon positionnement de thérapeute et les ajustements nécessaires pour accompagner des personnes en situation d'obésité.

Je vous souhaite une belle lecture et j'espère que ce mémoire éveillera en vous un certain intérêt et des pistes de réflexion.

I- L'OBÉSITÉ

Pour comprendre dans quelle mesure l'identité corporelle des patients en situation d'obésité peut être affectée, il paraît essentiel d'apporter les notions fondamentales pour comprendre cette maladie. Cependant, dans cette partie, je m'abstiendrais de faire un exposé sur l'obésité pour en aborder seulement les points clés, et entrevoir sa complexité.

1. Une maladie bio-psycho-environnementale

L'obésité est une maladie chronique qui touche bien des aspects : elle atteint l'individu sur le plan **biologique**, de par l'excès de masse grasse qui peut entraîner des désordres somatiques ; sur le plan **psychologique**, au vu de la présence de troubles psycho-émotionnels renforcés par la stigmatisation ; et sur le plan **environnemental** car elle est fortement influencée par le milieu extérieur (Dalarun parle d'ailleurs d'environnement obésogène).

a) Qu'est-ce que l'obésité ?

L'obésité a été définie par l'OMS comme « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». C'est en 1997 qu'elle a été déclarée comme maladie, et en 2013 comme « enjeu de santé public » (OMS). Les chiffres à l'échelle mondiale sont accablants et en perpétuelle augmentation depuis des décennies : le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975.

Aujourd'hui, le mode de diagnostic privilégié de l'obésité est l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Il s'agit d'une échelle, normée, à laquelle nous nous référons grâce à un calcul : le poids (exprimé en kilogrammes) est divisé par la taille au carré (exprimée en mètres). Il existe plusieurs catégories dans l'IMC, permettant de déterminer la corpulence d'une personne. La normo-pondération se caractérise par un IMC compris entre 18,5 et 24,9. Entre 25 et 29,9 d'IMC, nous parlerons de surpoids. Au-dessus de 30 d'IMC, le sujet sera classé dans l'obésité. Il y a plusieurs classes d'obésités, et le plus haut stade, dit « obésité morbide », est atteint lorsque l'IMC est égal ou dépasse 40 (Basdevant *et al.*, 2004).

L'IMC comporte néanmoins certaines limites : bien que la formule s'applique à tout adulte indifféremment de son sexe, il ne prend pas en compte la répartition des différents constituants corporels (notamment la masse grasse qui est plus importante chez les femmes en vue d'une éventuelle maternité ou la masse maigre plus importante chez les sportifs de haut niveau). De plus, il n'a pas de valeur prédictive individuelle et est susceptible de restreindre la réflexion médicale par l'établissement d'un « poids idéal théorique » (Basdevant *et al.*, 2004). Il existe d'autres limites que nous n'aborderons pas ici telles que l'origine ethnique et l'âge.

Ainsi, il semble primordial de croiser les différents modes de diagnostic car, au-delà du poids, c'est la composition corporelle qui est la plus significative. La composition corporelle, c'est l'analyse d'un être humain selon les différents compartiments qui le constituent. Il en existe trois selon les modèles physiologiques, ici simplifiés pour faciliter la compréhension : la masse maigre, la masse grasse et la masse minérale osseuse. Il existe deux méthodes d'examen médical qui permettent d'évaluer la composition corporelle : le DEXA-Scan (absorption biphotonique à rayons X) et l'impédancemétrie (Gaumet, 2014).

Sachant que la masse musculaire pèse plus lourd sur la balance, l'absence de perte de poids voire une reprise du poids peut s'expliquer par un changement dans la composition corporelle. Il est aussi intéressant de se référer aux mesures corporelles à certains endroits du corps, ou à un changement de sensation au niveau du port des vêtements plutôt qu'au chiffre affiché par la balance.

Nous pouvons ainsi voir que l'obésité ne peut se résumer à un chiffre sur une balance mais aussi qu'elle peut ne pas être la même chez deux personnes à IMC identique, car la silhouette, les causes ou encore les conséquences de la maladie diffèrent d'une personne à une autre.

b) Pas une seule obésité, mais plusieurs

Nous pouvons distinguer trois types d'obésité selon la répartition du tissu adipeux (Lecerf *et al.*, 2021).

L'obésité **androïde** se définit par un tissu adipeux majoritairement présent au niveau de la partie supérieure du corps et de la zone abdominale. Ce type de répartition adipeuse majeure

les risques cardio-vasculaires tels que l'hypertension artérielle ou l'insuffisance coronarienne et cardiaque. Des complications respiratoires comme la dyspnée d'effort, l'insuffisance respiratoire et le Syndrome d'Apnée Obstructive de Sommeil (SAOS) peuvent également apparaître si l'adiposité est importante au niveau des voies respiratoires. Enfin, nous pourrions possiblement observer des complications métaboliques telles que le diabète de type II, l'insulino-résistance ou encore l'hypercholestérolémie.

L'obésité **gynoïde** correspond à une localisation du tissu adipeux au niveau de la partie inférieure du corps (hanches, fesses et cuisses), nous parlons également d'obésité glutéofémorale. Dans ce cas, les risques de complication mécanique comme la gonarthrose ou les lombalgies sont augmentés.

Enfin, dans l'obésité dite « **mixte** », la répartition adipeuse est plutôt uniforme, on l'observe notamment dans les cas d'obésité massive. Au-delà de toutes les autres complications évoquées précédemment, l'excès de masse grasse pourrait avoir des conséquences au niveau digestif (stéatose hépatique, reflux gastro-œsophagien, hernie hiatale) et au niveau cutané (hypersudation, mycoses, œdèmes).

Bien qu'il existe une corrélation entre le type d'obésité et les complications observées, il convient de préciser que chaque individu est différent et susceptible de développer plus ou moins certains risques. Ainsi, il ne s'agit pas d'un pattern défini, il faut prendre en compte le terrain génétique, l'histoire personnelle et le mode de vie de l'individu pour essayer d'avoir une compréhension transversale de sa pathologie et des perturbations qu'elle peut provoquer au niveau identitaire.

Qu'est-ce qui fait que l'on devient obèse ?

Bien que l'obésité soit multifactorielle, il existe un contexte d'apparition particulier et des facteurs déclenchants (Lecerf *et al.*, 2021).

L'obésité **constitutionnelle** apparaît pendant l'enfance, par la coexistence de facteurs physiologiques, comme la génétique et l'hérédité, et de facteurs psycho-socio-comportementaux. Elle se poursuit souvent à l'âge adulte et peut être à l'origine d'obésités massives. L'obésité **réactionnelle** fait suite à un événement de vie impactant, souvent négatif (décès dans l'entourage, agression, harcèlement). L'obésité **acquise** prend son origine lors de la préadolescence ou à l'âge adulte. D'installation progressive et liée à des facteurs

comportementaux (alimentation excessive et sédentarité), elle est souvent la conséquence de nombreux régimes à répétition provoquant un phénomène « yoyo ». Nous allons chercher à expliquer le comportement alimentaire pour mieux comprendre son influence sur les changements pondéraux.

Ces classifications ne s'excluent pas entre elles, et sont même souvent intriquées. Recueillir l'histoire du poids, autrement dit effectuer une anamnèse pondérale, est une étape essentielle lors de l'examen car elle permet de mieux saisir l'étiologie de la maladie et d'appréhender son évolution par différentes approches thérapeutiques.

Ainsi, après avoir cité différentes causes de l'obésité en lien plutôt direct avec l'individu, il paraît important de signifier que l'environnement sociétal avec lequel il interagit participe grandement à l'installation de cette maladie.

c) La société actuelle : un environnement obésogène ?

Dalarun pose l'hypothèse d'un environnement « obésogène », désignant un ensemble de phénomènes sociaux qui favorisent la prise de poids des individus. Dans notre société actuelle, la nourriture est omniprésente, l'offre alimentaire est en abondance, on peut la qualifier de « pléthorique et ostentatoire ». Aujourd'hui, il est possible d'avoir accès à tout, et cela à toute heure du jour et de la nuit. Cette diversification de l'offre est corrélée à la dégradation de la qualité gustative et nutritionnelle des aliments. Les patients que nous rencontrons décrivent une sensation d'envahissement provoquée par la multitude de choix alimentaires.

Mme F., lors d'un atelier diététique sur les étiquettes alimentaires

« On va au supermarché, mais on est directement assailli, on ne sait jamais quoi choisir, alors on s'attache au packaging et pas à ce que le produit contient. Alors, on choisit des choses mauvaises pour notre santé. »

Il n'est pas encore prouvé que la nature des aliments ait une corrélation directe avec l'obésité. Cependant, celle-ci peut amener à changer la façon dont on mange (plus rapidement, en étant moins à l'écoute de soi). Prenons l'exemple du fast-food qui, certes, est un produit riche, mais surtout consommé rapidement et sans attention (Lecerf *et al.*, 2021). Ainsi, un manque de temps et d'attention lors du repas peuvent favoriser la prise de poids et, à terme, une obésité.

Quand la société va trop vite, le comportement alimentaire est perturbé

De plus, l'accélération du rythme de vie amène souvent à un désinvestissement du temps du repas. En étant happé par un quotidien souvent générateur de stress, l'accès aux sensations alimentaires est limité. Les envies de manger émotionnelles peuvent être prégnantes, et dans ces moments-là, le corps est naturellement en demande d'aliments riches et sucrés. Il semble important de normaliser ce comportement de régulation des émotions par l'alimentation. Chez les personnes obèses, il peut souvent apparaître de la culpabilité par rapport à ces envies de manger émotionnelles, à l'origine d'un trouble du réconfort. L'aliment ne remplit pas sa fonction réconfortante car elle est annihilée par les émotions négatives associées, le patient va alors en chercher plus pour tenter de soulager les tensions psychiques. Le Dr Zermati explique de façon simple et claire ce trouble du réconfort :

Le sujet s'attend à ce que la prise de nourriture le soulage d'une tension et lui apporte le réconfort attendu. Or cette attente ne se réalise pas. Non seulement le réconfort ne vient pas mais, bien souvent l'acte alimentaire se transforme en une compulsion qui a elle seule vient gâcher toute trace de plaisir qui aurait pu survenir. Plus le réconfort tarde à venir plus le sujet mange. Comme s'il vivait dans l'espoir vain de le trouver dans la bouchée suivante. Mais son attente sera toujours déçue et se soldera encore une fois par le cortège habituel des reproches, de la culpabilité et de la honte. (Zermati, 2011)

Par ailleurs, notre fonctionnement sociétal a d'autres conséquences sur notre santé et aussi sur notre poids. En effet, nous remarquons une augmentation de la sédentarité, favorisée par l'urbanisation de l'environnement et l'utilisation massive des écrans. Les réseaux sociaux et les publicités prennent en effet une place centrale dans la société actuelle. De plus, en survalorisant la minceur, ils discriminent les corps gros, considérés comme « anormaux ».

d) Stigmatisation, discrimination : point sur la grossophobie

Après avoir abordé l'aspect purement biologique de l'obésité, nous allons nous intéresser à son aspect psycho-social. Aussi, je proposerais de voir la maladie comme un iceberg, avec une partie visible et une partie invisible. La partie visible, c'est la corpulence, liée à de multiples facteurs décrits précédemment. Or, les conséquences et complications de cette corpulence ne

sont pas uniquement d'ordre physio-métabolique. Une personne vivant avec l'obésité voit sa qualité de vie dégradée à plusieurs niveaux car elle évolue dans un contexte social particulièrement hostile, source d'inégalités. Nous parlons aujourd'hui de « grossophobie ».

Qu'est-ce que la grossophobie ?

La grossophobie désigne l'ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grasses, en surpoids ou obèses. Ces comportements ont des conséquences graves sur la santé des personnes qui en sont victimes. L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental, social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Il paraît intéressant d'aller plus loin et chercher à considérer l'obésité comme une maladie bio-psycho-socio-environnementale.

Il règne dans la société occidentale un contexte fortement stigmatisant et discriminant envers les personnes grasses. Les manifestations grossophobes sont parfois conscientes mais souvent inconscientes, car intériorisées depuis de nombreuses décennies. C'est comme si la société moderne s'était construite en évinçant les gros. Bien que certaines mesures et déclarations en santé publique aient permis d'enrichir et d'actualiser les connaissances sur l'obésité et sa complexité, des stéréotypes persistent encore aujourd'hui et favorisent la grossophobie.

Quelles sont les répercussions sociales de l'obésité ?

Elles sont observables à plusieurs niveaux : sur la vie de famille, le réseau social, la scolarité, l'emploi, les finances personnelles ou encore l'habitation (Fleetwood *et al.*, 2019).

Il est fréquent que les personnes en situation d'obésité soient discriminées et stigmatisées par leur entourage proche. Ces comportements sont souvent alimentés par des croyances personnelles, ou encore l'intériorisation des diktats de beauté. Il semble primordial d'informer sur la maladie et d'organiser des campagnes de sensibilisation à la grossophobie. Certains préjugés sur les personnes grasses, comme la laideur ou le défaut d'hygiène corporelle par exemple, sont particulièrement limitants dans les relations sociales, et notamment dans les relations amoureuses et sexuelles.

L'étude « Fat doesn't pay » (Lundborg *et al.*, 2014) a démontré qu'il existait un écart salarial de près de 20% entre les employés obèses et ceux qui ne le sont pas, et cela à niveau d'études égal. Il a été mis en exergue que le harcèlement, surtout à l'adolescence, a des effets délétères sur la scolarité et les fonctions non-cognitives. Il favorise, entre autres, un déclin des performances scolaires, l'apparition de troubles dépressifs, et impacte la socialisation et la confiance en soi. De plus, les préjugés d'incapacité, de paresse et de fatigabilité liés au poids peuvent être à l'origine de discrimination à l'embauche. Tous ces facteurs contribuent à placer les personnes obèses dans une situation de précarité financière parfois importante.

Qu'en est-il du regard de l'autre mais aussi sur soi-même ?

Le regard de l'autre et son jugement, autant implicite qu'explicite, est un frein au comportement naturel et à l'écoute de soi. Souvent, le patient peut se sentir observé, comme si ses faits et gestes étaient détaillés par l'autre qui s'accorde un droit de regard sur ses comportements. Comme si une personne grosse n'était pas légitime de répondre à ses besoins physiologiques, ou à ses plaisirs (notamment lorsque ceux-ci se rapportent à la nourriture), car cela renforcerait l'idée que son obésité est due à une incapacité à se contrôler et/ou à un manque de volonté pour maigrir. Ce regard est souvent teinté d'une infantilisation et d'une culpabilisation de la personne grosse.

*Mme E., après avoir regardé le documentaire « On achève bien les gros »
(G. Deydier, 2019)*

Quand on est entouré, on n'a pas le droit d'avoir faim.

Anna Zamberlan explique bien à quel point l'exposition sociale (même dans l'entourage proche) est pesante au quotidien : « Un gros espère toujours un peu, malgré ses innombrables échecs. Le regard de l'autre lui demande d'espérer. Un regard lourd à porter, beaucoup plus lourd que notre poids. » (1994, page non renseignée).

Mme N., après avoir regardé le même documentaire

On a tendance à s'empêcher de faire des choses à cause de notre poids, à se stigmatiser nous-même.

Nous voyons ici que la stigmatisation interne est tout aussi forte que celle provenant de l'environnement extérieur. C'est peut-être même la plus dangereuse pour les patients, car elle renforce les mécanismes d'auto-dépréciation, de disqualification, d'auto-jugement s'exprimant à travers des pensées négatives et dichotomiques. À titre d'exemple : « Toutes les personnes minces sont belles, toutes les personnes grosses sont moches, donc je suis moche. ».

Quelle place est donnée aux personnes grosses dans la société ?

Gabrielle Deydier dans « On achève bien les gros » (2019)

« Il y a 10 millions de personnes obèses, et il n'y a personne qui se demande où elles sont. [...] Elles ne sont pas dans l'espace public parce qu'elles ne peuvent pas se l'approprier. Quand elles se l'approprient, elles se font insulter. »

Même s'il y a des progrès infimes, l'espace public reste très inadapté à la personne obèse. Que ce soient par exemple les sièges dans les transports en commun ou dans les lieux culturels, les installations n'invitent pas les personnes à prendre place dans cet espace et participer à la vie sociale. Ainsi, elles sont contraintes de réduire leurs interactions, se repliant sur elles-mêmes. Or, nous savons que l'isolement social risque de majorer les troubles du comportement alimentaire et la sédentarité, et à terme, d'aggraver l'état de santé de la personne.

2. Perdre du poids : ce n'est pas une mince affaire

L'idée de causalité linéaire entre le fait de manger en grosse quantité et/ou mal et d'être gros est encore très ancrée dans les esprits. Or, l'obésité est un phénomène complexe, et il ne suffit pas d'avoir une meilleure hygiène de vie pour perdre magiquement du poids, bien que ça y contribue. Nous allons aborder différentes notions pour comprendre pourquoi cette croyance populaire se révèle erronée et pourquoi il est important de ne pas travailler que sur les aliments dans l'assiette mais plutôt sur le comportement alimentaire de la personne.

a) Le set-point

Le set-point, aussi appelé poids de consigne, se définit comme le poids atteint lorsque les différents systèmes permettant l'homéostasie énergétique, celle des micronutriments et l'homéostasie émotionnelle sont à l'équilibre. Gaumet (2014) précise que l'observation clinique est le seul moyen de déterminer le set-point, lorsque le poids de l'individu est stable depuis au moins un an et que les sensations alimentaires constituent l'unique repère de la prise alimentaire. Il est très variable d'un individu à un autre. L'augmentation du set-point se fait de façon progressive et graduelle, à la suite de variations de poids importantes et répétées.

Mme D., lors de l'explication sur le set-point

Jamais de la vie je ne pourrais m'accepter comme ça. Si on me dit que je suis à mon set-point, je me mettrai en déficit calorique pour maigrir.

Ainsi, cet aspect d'irréversibilité du set-point amène à travailler avec le patient sur l'acceptation de soi, afin d'éviter une nouvelle augmentation et de stopper l'engrenage du mécanisme yo-yo.

b) Comprendre le comportement alimentaire

Selon Le Barzic *et al.*, le comportement alimentaire revêt trois fonctions, qui s'articulent entre elles pour que le sujet soit équilibré au niveau énergétique mais aussi personnel :

- **Énergétique** : manger permet de répondre aux besoins énergétiques ;
- **Hédonique** : elle concerne la prise en compte des besoins émotionnels et affectifs ;
- **Symbolique** : considérant les aspects psychologiques, relationnels et culturels.

Le modèle bio-psycho-sensoriel proposé par Zermati est intéressant pour comprendre la complexité du comportement alimentaire, qui ne se résume pas à un modèle fixe applicable à tous. Il y a divers systèmes de régulation qui se mettent en place pour articuler ce comportement. Les sensations alimentaires, telles que la faim et la satiété, sont des signaux spécifiques du corps pour alerter sur un déséquilibre au niveau énergétique. Les émotions entrent également en jeu dans ces mécanismes de régulation.

Nous pouvons observer des émotions dites « alimentaires », qui se manifestent par un appétit spécifique et un rassasiement sensoriel spécifique. La recherche alimentaire est motivée par un besoin nutritionnel, souvent inconscient. Par exemple, une envie soudaine de viande rouge peut s'expliquer par une anémie ferriprive. Il existe aussi des émotions dites « extra-alimentaires », qui s'expriment par des états de tension physique et psychique, où le corps cherche réconfort dans la nourriture.

Mme L. prend la parole, faisant part au groupe de son état d'agitation mentale quasi-constant. Elle dit avoir le « cerveau qui fuse en permanence » et avoir souvent envie de céder à ses pulsions alimentaires pour calmer ses pensées. La nourriture joue-t-elle ici un rôle anesthésique pour endormir les pensées ruminatives ?

Il s'installe souvent une hiérarchisation des besoins chez les patients, avec une priorisation des besoins énergétiques sur les besoins nutritionnels et émotionnels. La faim du corps prime sur la faim « de l'esprit ». Bourque explique que « La personne en surpoids considère son corps comme un ennemi qui la trahit à chaque fois qu'il exprime ses besoins, sa faim » (2010, p. 222). Cela peut expliquer les mécanismes de culpabilisation et d'auto-dévalorisation importants qui sont souvent exprimés par les patients dans leur rapport à la nourriture et qui impacte leur valeur en tant que personne et donc leur identité.

Le comportement alimentaire est également conditionné par les valeurs morales et culturelles. Prenons un exemple particulièrement parlant :

En avril 2022 commence le ramadan. De nombreux patients présentent des signes importants de fatigue, de soif, et de faim. Ils ne s'accorderont le droit de se sustenter qu'au coucher du soleil.

Au regard de cette vignette clinique, nous pouvons nous demander à quel niveau nos sensations et émotions peuvent s'opposer à nos valeurs (personnelles ou communautaires), et possiblement faire émerger un conflit identitaire.

Ces trois systèmes de régulation naturelle (énergétique, hédonique et symbolique) que nous venons de décrire peuvent être court-circuités par la restriction cognitive.

c) La restriction cognitive

La restriction cognitive³ a été expliquée par Herman et Polivy comme l'intention de contrôler le comportement alimentaire dans le but de maigrir ou de ne pas grossir, en dépit d'une écoute des sensations alimentaires (Apfeldorfer & Zermati, 2010). La restriction cognitive résulte donc d'un processus intellectualisé dans lequel on observe une certaine rigidité au niveau du contrôle mental. La personne s'impose des limites fixes, voire inflexibles, pour réguler ses prises alimentaires, déterminées par des règles et des croyances concernant les aliments et quantités permis. Ces comportements prennent le pas sur la perception des sensations alimentaires et les mécanismes de régulation physiologiques (faim, satiété...).

On observe deux phases principales dans la restriction cognitive : l'**hypercontrôle**, où la personne inhibe ses sensations alimentaires et maîtrise son comportement alimentaire ; et la **désinhibition** très souvent inévitable, qui peut prendre la forme d'accès hyperphagiques, de compulsions ou de crises boulimiques. Elle engendre beaucoup de culpabilité, de perte d'estime de soi et de confiance, de jugement, de dévalorisation, d'angoisse et de stress. Les patients rapportent souvent l'impression de « perdre le contrôle ».

Sur le site du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, le Dr Apfeldorfer et le Dr Zermati ont apporté une idée de ce vers quoi il est intéressant que le patient tende en termes de comportement alimentaire. Nous nous appuyons sur cette vision dans les ateliers en psychomotricité et dans ce que nous transmettons au patient.

L'objectif [...] est de passer d'un mode alimentaire cognitif ou réflexif, c'est-à-dire où les conduites alimentaires sont déterminées par des injonctions externes, par des croyances ou des notions scientifiques, à un mode alimentaire principalement sensoriel ou intuitif, gouverné par l'écoute et le respect des sensations et des émotions alimentaires. (2001)

³ Cf. *infra*, Annexe I, p. I

Il semble donc important de laisser l'intellectuel de côté quand il en vient à l'alimentation, et de se fier à son corps et à ce qu'il nous dit, encore faut-il réussir à l'écouter. Cela constitue tout un axe de travail qui peut prendre des années, car il s'agit de déconstruire un mode de pensée profondément ancré et de se faire confiance.

d) Les troubles du comportement alimentaire

Depuis quelques années, nous observons une certaine prévention et médiatisation sur la question des troubles du comportement alimentaire (TCA). En 2015, le DSM-V renomme cette catégorie de troubles en y incluant la notion d'alimentation, il serait ainsi plus judicieux de parler de Troubles de l'Alimentation et du Comportement Alimentaire. Le Dr Christine Foulon, psychiatre, en propose la définition suivante :

Perturbations importantes et durables de la prise alimentaire, le plus souvent en association avec d'autres comportements pathologiques. Les limites entre comportement normal et pathologique se font, en tenant compte du relativisme culturel, sur le degré de perturbation des conduites, leurs conséquences sur le plan somatique, l'altération de l'état psychologique, l'altération des relations sociales. (2021)

Bien que fréquemment retrouvés dans la clinique de l'obésité, ces troubles n'y sont pas spécifiques, et encore moins obligatoires (Peuteuil *et al.*, 2017). Nous pouvons distinguer cinq troubles souvent exprimés par les patients que nous recevons en clinique : la boulimie, l'hyperphagie boulimie, le Night Eating Disorder, le craving et le grignotage.

La **boulimie** consiste en l'ingestion d'une quantité excessive de nourriture, associée à des conduites compensatoires, comme les vomissements ou la prise de laxatifs, visant à prévenir la prise de poids. Il y a un sentiment de perte de contrôle qui est souvent rapporté par les sujets qui en souffrent. L'**hyperphagie boulimique** se rapproche du mécanisme de la boulimie, mais elle exclut les conduites compensatoires. Dans les deux cas, nous retrouvons une sorte d'urgence, de sensation irrésistible entraînant un comportement impulsif, qualifiée de « crise d'hyperphagie » dans le DSM-V. Le sujet cherche à se remplir, à combler un malaise intérieur. Il arrive que les patients comparent leur rapport à la nourriture avec la prise de substances psychotropes, en le qualifiant « d'addictif ». Le **Night Eating Syndrome** se caractérise par « une impulsivité alimentaire en période nocturne, une absence d'appétit matinal, des anomalies du sommeil et parfois des troubles de l'humeur » (Oppert, 2017). Les **compulsions**, ou *craving*,

consistent en une prise alimentaire impulsive, soudaine, portée sur un aliment spécifique (en clinique, nous prenons régulièrement l'exemple du chocolat, mais cela peut s'observer sur d'autres aliments). Le **grignotage** correspond à une prise alimentaire par petites quantités, fractionnée sur la journée, en dehors des prises alimentaires habituelles. Le sujet ne présente pas de sensation de faim ni d'appétence pour un aliment en particulier. Il est à distinguer de la prise de collation, qui est motivée par la faim et/ou un besoin énergétique, et qui s'effectue de façon contrôlée.

En clinique, nous n'allons pas traiter les TCA de façon directe mais encourager à une écoute des sensations alimentaires, principalement avec un travail autour du sensoriel et de la conscience corporelle. Nous pouvons néanmoins nous interroger sur la présence d'éventuelles failles identitaires chez les personnes atteintes de TCA. L'apparition de troubles peut-elle faire suite d'un évènement traumatogène ayant ébranlé le sentiment de sécurité interne ? Que dit la perte de contrôle sur l'écoute et la confiance que l'individu s'accorde ?

3. Point sur les différentes approches de soin

Dans cette partie, nous allons entrevoir différentes approches de soin qui concernent la médecine de l'obésité. La majorité du temps, les patients qui entament un suivi thérapeutique ont auparavant entrepris de nombreuses cures d'amaigrissement, de régimes, de périodes de jeûne et des programmes d'activité physique intense afin de perdre du poids. Pourtant, comme nous l'avons vu précédemment, ces approches ne permettent pas une perte de poids durable et stable, mais favorisent l'augmentation du set-point et la chronicisation de l'obésité.

La particularité des différentes approches de soin réside dans la technique utilisée et comment la maladie est abordée. Nous aborderons donc l'approche pluridisciplinaire et éducative de la maladie chronique, l'approche chirurgicale et enfin l'approche physiologique et émotionnelle (portée sur les sensations alimentaires et les émotions). Chaque approche tient une place particulière dans le parcours de soin du patient et influence sensiblement son identité psychomotrice. Par exemple, la chirurgie bariatrique va induire une perte de poids souvent très rapide donc amener le patient à vivre et penser son corps d'une toute autre façon.

a) L'Éducation Thérapeutique du Patient au service de la médecine de l'obésité

Selon l'OMS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) s'établit sous forme de programmes de soins qui tendent à « aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». L'approche thérapeutique se veut globale grâce à une équipe pluridisciplinaire, et centrée sur le patient : c'est une étape qui s'intègre à son parcours de soin.

Pour développer cette partie, je me baserai principalement sur les travaux du Pr Olivier Ziegler, président et coordinateur du Groupement de Coordination et de Concertation des CSO (GCC-CSO). Selon lui, la stratégie thérapeutique de l'ETP doit être considérée selon deux aspects, personnel et collectif :

- Sur le plan individuel, c'est un cheminement, une étape qui prend sens dans la durée ;
- En termes de santé publique, c'est un continuum, un enjeu commun.

Quels sont les objectifs de l'ETP ?

L'objectif principal de l'ETP est d'accompagner le patient avec ses ressources, ses difficultés, ses motivations, afin que celui-ci puisse vivre le mieux possible avec la maladie. Ainsi, il n'est pas question de « traiter » l'obésité (l'excès de masse grasse) à proprement parler, par une perte de poids intensive pour revenir à un IMC dans les normes. C'est une approche bien plus holistique, répondant à la complexité de la maladie. Elle s'articule autour de plusieurs axes (Ziegler *et al.*, 2014) :

- **Renforcer l'autonomie** : le patient est amené à solliciter sa capacité à agir pour lui-même, de façon indépendante, en mobilisant ses propres ressources. Cela fait référence aux notions de *self management* et d'*empowerment*⁴.
- **Améliorer l'état de santé et la qualité de vie** : la mise en place de nouveaux comportements et habitudes de vie va permettre une diminution des comorbidités engendrées par l'obésité. Au-delà d'être plus confortable sur le plan physiologique, le patient est amené à mieux se connaître et comprendre ses comportements, ce qui va l'encourager à prendre soin de lui sur le long terme. De plus, il y a un travail important sur l'affirmation de soi : on peut supposer qu'en consolidant son identité, le patient sera moins aux prises des discriminations grossophobes et pourra s'intégrer davantage dans

⁴ Ces notions peuvent se traduire littéralement par les termes « autogestion » et « responsabilisation ».

la société. En agissant dans son propre intérêt, il va renforcer le processus de renarcissisation.

- **Tendre vers un mieux-être** : les progrès que le patient va obtenir grâce au travail entrepris (portant notamment sur sa relation aux autres, à l'alimentation et au corps) vont s'appliquer et avoir des répercussions sur les différents plans de sa vie. Cela va favoriser un ressenti d'aisance de sérénité dans la vie quotidienne, même si la perte de poids est minime et ne se voit pas à l'œil nu.

Quels intérêts pour la médecine de l'obésité ?

L'obésité est une maladie chronique dite **bio-psycho-environnementale**, une part de son évolution est donc fortement intriquée avec le mode de vie du patient. En agissant à son niveau et en cherchant à modifier ses comportements plutôt que cet environnement obésogène (qui est tellement ancré qu'il semble difficile à contrôler), le patient a davantage de chances d'obtenir des résultats satisfaisants. Ainsi, l'approche de type ETP est particulièrement pertinente dans la médecine de l'obésité. Elle place le patient comme acteur de son soin, au cœur des dispositifs proposés. L'équipe établit un plan d'action sur la durée, dans une démarche de co-construction : pour le patient mais surtout en collaboration avec lui. C'est donc une vraie remise en question des stéréotypes diagnostiques et thérapeutiques qui est requise, afin d'abolir le paternalisme médical pour passer à un modèle humaniste (Reach *et al.*, 2014). Il est essentiel que les soignants prennent en compte les préoccupations évoquées par le patient mais aussi ses contraintes au niveau biomédical (Ziegler *et al.*, 2014).

Nous n'allons donc pas chercher à faire perdre du poids à tout prix mais à soigner une personne, en considérant sa situation globale (difficultés, compétences, ressources...), et en l'incluant dans le projet de soin.

Il est important d'avoir en tête que toutes les difficultés auxquelles le patient est confronté ne relèvent pas forcément de son obésité. En effet, dans le milieu médical, cet écueil peut rendre les personnes obèses susceptibles de recevoir moins de soins et de moins bonne qualité. Il y a un consensus implicite, stigmatisant, dans lequel le patient est bien souvent tenu responsable (à tort) de son état de santé et de l'échec thérapeutique s'il a lieu, avec l'idée que la perte de poids est la solution miracle à tout problème : « C'est sa faute, il n'a qu'à maigrir pour aller mieux » (Reach *et al.*, 2014). Il m'a par exemple été rapporté par plusieurs patientes

que, lorsqu'elles consultaient pour un suivi gynécologique, le professionnel de santé évoquait systématiquement l'idée d'un amaigrissement, quand bien même cela n'a rien à voir avec la raison de la consultation ou le problème observé. Le positionnement du soignant et le choix des mots employés ont donc toute leur importance, afin de limiter l'infantilisation, la culpabilisation et l'inconfort de ces patients souvent exposés à la grossophobie.

Au vu de ces éléments, il semble donc primordial de bâtir une **relation de confiance** solide, à la base de l'alliance thérapeutique soignant-soigné. Celle-ci va favoriser l'élaboration d'un projet thérapeutique au plus proche des attentes et des besoins du patient, qui va pouvoir y adhérer d'autant plus s'il se sent écouté et compris.

Pourtant, avant même de commencer un suivi avec le patient, il est important de lui parler objectivement de sa maladie. Le diagnostic est souvent minimisé dans l'obésité, alors qu'il est essentiel. Il est courant que le patient n'ait pas conscience de la gravité de la maladie. Souvent d'installation insidieuse, les comorbidités et autres difficultés liées à l'obésité apparaissent progressivement. Ainsi, le patient peut ne pas se sentir malade et ne pas ressentir le besoin d'amorcer un changement dans son mode de vie. Cette étape de diagnostic va jouer un rôle éminemment déterminant dans le reste de la prise en soin : il est question d'expliquer les mécanismes, les causes et les conséquences de l'obésité, afin que le patient comprenne au mieux sa maladie. Elle permet aussi de déculpabiliser le patient et de le rassurer sur le fait qu'il y a des solutions pour cohabiter au mieux avec la maladie chronique. Mieux le patient comprend ce à quoi il a affaire, plus il va être sensible au traitement : cela va donc favoriser l'observance et augmenter sensiblement l'adhérence au projet de soin et donc son efficacité.

Ziegler (2014) précise que le projet thérapeutique s'appuie sur la mise en place de **modifications thérapeutiques du mode de vie** (MTMV), qui concernent l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, l'organisation de loisirs, le rythme de vie et la vie relationnelle. Au-delà d'adopter de nouvelles habitudes de vie (ou d'en consolider certaines), le patient va apprendre à développer des stratégies d'adaptation, dites « de coping ». Définies par Lazarus et Folkman comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme consommant ou excédant ses ressources » (1984b, p. 141). Elles aident ainsi le patient à faire face aux situations complexes qu'il est susceptible de rencontrer au quotidien. En

s'appuyant sur les outils que l'équipe lui propose, il va pouvoir déployer des ressources personnelles qui lui étaient peut-être inconnues, et les solliciter lorsqu'il en ressent le besoin.

De plus, toujours selon Ziegler, le programme d'ETP va inciter la mise en lien des comportements du patient avec ses ressentis émotionnels. Ainsi, le patient va pouvoir identifier qu'il répond à certaines problématiques personnelles par des actions spécifiques, motivées par des émotions dont il n'a pas forcément conscience. Il est donc important d'encourager la verbalisation sur le plan affectif et émotionnel, afin de lui permettre d'identifier ses mécanismes psychologiques et y répondre de façon plus adaptée.

Lorsque l'on souhaite entreprendre un programme d'ETP avec un patient, il est essentiel de prendre en compte cinq dimensions psycho-comportementales qui le composent, afin d'élaborer un projet de soin le plus adapté possible (Golay et al., 2007) :

- **Cognitive** : mieux le patient connaît sa maladie et en comprend les enjeux, plus il est susceptible d'entreprendre et maintenir des changements dans son mode de vie ;
- **Émotionnelle** : accueillir la souffrance et les vécus psychocorporels du patient afin de le considérer comme sujet et le revaloriser ;
- **Perceptive** : amener le patient à porter attention à ses sensations, s'appuyer sur la conscience corporelle ;
- **Métacognitive** : soutenir le patient dans une réflexion approfondie sur ses motivations et comportements afin d'ajuster au plus près les objectifs et les moyens ;
- **Infra-cognitive** : appréhender au mieux les mécanismes de pensée du patient, notamment les pensées obstacles et l'auto-dépréciation.

Nous voyons que l'ETP prend en considération la personne dans sa globalité et propose une vision holistique. Ainsi, nous pouvons déjà entrevoir son intérêt dans la consolidation de l'identité du sujet sur différents aspects de son être (être de sensation, être de réflexion).

b) La chirurgie bariatrique

Il existe plusieurs types d'interventions de chirurgie bariatrique, je n'aborderai ici que celles que nous rencontrons le plus souvent en clinique. À l'HDJ, environ la moitié des patients que nous accueillons sont concernés par la chirurgie. Ces interventions sont encadrées par une

réglementation rigoureuse, et seuls les patients répondant à certains critères peuvent en bénéficier, nous ne les détaillerons pas ici. Retenons simplement que la chirurgie s'inscrit dans un parcours pluridisciplinaire complexe et particulièrement encadré.

La *sleeve* est une intervention restrictive, elle consiste en la réalisation d'une gastrectomie longitudinale. Le patient ne conserve qu'un quart de son estomac, ce qui réduit considérablement les ingesta. Le *by-pass en Y* est une intervention mixte qui regroupe des phénomènes de restriction et de malabsorption. Il s'agit ici de créer un court-circuit en reliant la partie haute de l'estomac au jéjunum. Contrairement à la sleeve, elle nécessite une supplémentation vitaminique à vie car le patient n'absorbe plus correctement les micronutriments essentiels. Nous observons depuis peu l'émergence de l'**embolisation gastrique**. Cette intervention peu invasive consiste à obstruer l'artère gastrique gauche avec un corps étranger afin de diminuer le taux de ghréline, une des hormones stimulant la faim (Lecerf *et al.*, 2021).

Chez la majorité des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, la perte de poids est satisfaisante et permet une diminution des comorbidités, ainsi qu'une amélioration de la santé mentale. Il existe cependant des complications chez 15 à 35% des patients, avec entre autres une reprise du poids perdu ou une rechute du diabète (Bondolfi *et al.*, 2017).

Toute chirurgie implique un suivi médical à vie. Ce n'est pas une solution miracle ni un acte anodin. Elle est à considérer comme une alternative, une aide à la perte de poids, mais pouvant entraîner des conséquences indésirables au niveau physique et psychique.

Monsieur C. a perdu 20 kg depuis sa chirurgie mais il dit ne pas avoir l'impression d'une telle perte de poids et ne ressent pas son corps changé.

Quel impact peut avoir une perte de poids rapide sur l'image du corps ? Est-il possible que le patient ne se reconnaisse plus lorsque son corps change aussi radicalement ? Comment accepter de laisser partir ce poids, qui peut parfois faire partie de son identité depuis de nombreuses années ? Et qu'en est-il du regard de l'autre, ou du regard sur soi ?

c) Qu'en est-il des sensations alimentaires ?

Pintado-Cucarella et son équipe (2016) ont réalisé une étude mettant en lien l'alimentation consciente et son impact sur l'IMC. Ainsi, il a été mis en exergue que les personnes qui étaient moins connectées à leurs sensations alimentaires étaient plus susceptibles d'être en surpoids, mais comment cela s'explique-t-il ?

Nous avons vu précédemment que le comportement alimentaire d'un sujet, du fait de ses fonctions hédonique et symbolique, est teinté par ses états psychoaffectifs. Ainsi, des affects négatifs élevés comme l'anxiété, la culpabilité ou la dévalorisation peuvent amener le sujet à se couper de ses sensations alimentaires. L'écoute de soi est alors mise à mal, entraînant un dérèglement dans le contrôle des habitudes alimentaires qui amène possiblement à une prise de poids plus ou moins importante. Or, la chirurgie bariatrique, en remaniant le fonctionnement de l'appareil digestif, modifie les sensations physiologiques de faim et de satiété. Si tout se passe bien, les sensations alimentaires reviennent après un certain temps. Il est également courant que nous recevions en clinique des patients à qui il a été prescrit des médicaments qui régulent physiologiquement l'appétit et donc la prise alimentaire. Ces analogues du GLP-1 (l'hormone du rassasiement) décuplent la perception des sensations alimentaires. Ces sensations sont réelles mais résultent de signaux artificiels. Ainsi, les patients présentent une sensation de rassasiement précoce avec une satiété prolongée, car la vidange gastrique est diminuée. La régulation interne va donc impliquer des sensations de faim moins intenses voire pas de sensations de faim, l'objectif étant de diminuer les ingesta. Il y a aussi un impact comportemental car ces médicaments peuvent diminuer l'impulsivité alimentaire et donc les compulsions. Cependant, chaque patient est susceptible de réagir différemment à l'action de ces analogues hormonaux, certains présentent des sensations de faim exacerbées.

Ainsi, il y a grand intérêt à amener les personnes à développer leur conscience corporelle, et retrouver cette capacité d'écoute, d'identification et de respect des sensations alimentaires. En parallèle, il semble important de renforcer l'estime de soi pour favoriser l'attention à soi. Ces axes semblent indissociables dans l'approche psychomotrice des personnes obèses, notamment lorsqu'elles ont été opérées. L'approche médicamenteuse étant assez récente, nous n'avons que peu de recul. Aussi, il convient d'accompagner le patient avec ses « nouvelles sensations alimentaires », tout en continuant de travailler l'attention cognitive sur les sensations alimentaires pour prévenir d'une reprise de poids si le traitement s'arrête.

II- L'IDENTITÉ

1. L'identité : un concept complexe

Lorsque qu'il advient de l'identité, nous abordons un sujet particulièrement vaste et complexe. Il me semble alors essentiel de préciser que je ne traiterai ici que des aspects qui me semblent être le plus en lien avec ma pratique de future psychomotricienne, et plus précisément en lien avec les adultes en situation d'obésité.

a) *Un concept aux multiples facettes*

L'identité est un terme générique, qui nous semble familier sans vraiment savoir ce dont nous parlons concrètement. Faisons-nous référence à la personnalité de quelqu'un lorsque nous évoquons son identité ? À la façon dont il s'est construit et nous apparaît aujourd'hui ? Considérons-nous l'identité d'une personne comme son être mais aussi ses relations au monde ?

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur cette notion, je me suis tout d'abord référée au dictionnaire français. Le Larousse en donne de multiples définitions :

- Caractère de ce qui est **identique** ;
- Caractère **permanent** et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa **singularité** ;
- Ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'**individualiser** quelqu'un.

Ainsi, nous pouvons d'ores et déjà en dégager plusieurs caractéristiques : l'identité est similitude, mais elle est aussi permanence, différence et unicité.

Selon les auteurs et leurs courants de pensées respectifs, l'identité s'organise à plusieurs niveaux, que ce soit professionnel, social, culturel... Ces niveaux sont intriqués et en interaction permanente, chacun tente de les rassembler afin d'élaborer l'identité comme une entité globale. J'ai choisi d'orienter ma pensée selon les travaux d'Alex Mucchielli et le **paradigme de la complexité**, découlant des sciences humaines. Ainsi, l'identité revêt un caractère complexe, c'est-à-dire particulièrement difficile à analyser et à comprendre car elle réunit de nombreux éléments différents. Pour Mucchielli, « aucune science ne peut définir "l'identité totale" d'un

acteur » (2021, p.15). Il paraît donc impossible de donner une définition unanime de l'identité, nous nous inscrivons forcément dans un courant de pensée qui dirige notre réflexion. Nous allons tenter de comprendre comment l'identité individuelle s'organise, avant de nous intéresser à son aspect psychocorporel, au cœur du travail en psychomotricité.

Mucchielli (2021) souligne l'importance de la relation dans la construction et l'évolution de l'identité. Il précise aussi que l'identité s'élabore selon un processus circulaire :

Chaque acteur [...] participe à la façon dont les autres le définissent en retour, ce qui sert de base à ses propres possibilités de se définir et proposer une définition de lui. Cette définition se fait toujours à travers les manières d'être et d'agir des acteurs. (2021, p.28-29)

Nous pouvons donc distinguer deux pôles dans la construction de l'identité, mutuellement dépendants et se déterminant l'un l'autre (Kunnen & Bosma, 2006). Le **pôle subjectif** désigne les caractéristiques propres à la personne et la conscience qu'elle en a. L'individu sait qu'il se distingue des autres, il a un point de vue sur ce qu'il est ou veut être. De façon simultanée, il comprend que l'autre le perçoit à travers son propre prisme et l'environnement dans lequel il évolue. C'est le **pôle objectif**. Pour qu'un individu s'épanouisse, le pôle subjectif et objectif doivent trouver un équilibre, appelé « *person-context fit* » (Kunnen & Bosma, 2006, p. 3).

Quels sont les processus mis en jeu dans l'élaboration de l'identité ?

Au vu des caractéristiques décrites précédemment, nous pouvons supposer que la construction identitaire se fait tant par une recherche d'appartenance au groupe que par la différenciation de celui-ci (Tap, 1988). L'individu va alors mettre en place des **processus d'assimilation**, lui permettant d'être dans une relation adéquate avec le groupe ; mais également des **processus de différenciation**, par lesquels il développe des caractéristiques uniques, lui servant de repères pour se distinguer des autres individus avec lequel il interagit. Cependant, il n'y a pas de différenciation possible sans autonomie : d'abord dans un état de **dépendance absolue**, le nourrisson prend progressivement conscience qu'il ne fait pas partie d'elle grâce aux soins qui lui sont prodigués. Il entre dans un état de **dépendance relative**. Cette étape est notamment permise par la fonction paternelle qui permet l'ouverture au monde grâce à l'*object presenting*. L'environnement extérieur est présenté à l'enfant, lui permet d'ouvrir un espace potentiel (transitionnel), dans lequel il va pouvoir être en capacité de vivre ses expériences de façon autonome. Ces expériences se font principalement sur le plan sensori-

moteur et vont être intégrées pour développer le sens du « je suis » et ainsi enrichir le *Self*⁵. Le fait de pouvoir faire l'expérience d'être seul en présence de l'autre contribue au développement de sa maturation affective et donc identitaire (Winnicott, 1998).

Néanmoins, ces mécanismes sont loin d'être les seuls à l'œuvre. Pour Edmond (2005), il existe trois processus qui s'articulent pour étayer la construction du soi :

- Un **processus somato-psychique** : l'image du corps va constituer une base pour étayer le développement de l'image de soi ;
- Un **processus pulsionnel** : il y a un investissement affectif de ces images, elles vont être nourries par le narcissisme et sont en lien avec l'estime de soi ;
- Un **processus relationnel et intersubjectif** : le regard d'autrui et les interactions (notamment précoces) vont jouer un rôle dans la construction de l'image de soi.

Par conséquent, l'identité est issue d'un processus **transactionnel**, c'est-à-dire qu'elle s'établit en partie grâce à la relation avec autrui ; et **dynamique**, c'est-à-dire que rien n'est figé et que certains éléments participant à son développement peuvent être impactés à tout moment de la vie. Ainsi, le contexte environnemental et les expériences intersubjectives vont influencer de façon significative la construction de l'identité et possiblement la modifier.

b) De la sensation à la représentation, en passant par la perception

Nous avons pu apercevoir les processus complexes mis en jeu dans la construction de l'identité d'un sujet, construction évolutive puisqu'elle est en perpétuel développement. Pourtant, il semblerait que certaines périodes de vie mettent à l'œuvre ces processus de façon plus importante : ce sont des périodes dites « charnières ». Erickson montre l'importance de la période infantile dans la construction identitaire :

[L'identité est] un développement de toute une vie dont l'individu et la société à laquelle il appartient sont en grande partie inconscients. Ses racines remontent aux premières reconnaissances de soi : dans les tout premiers échanges de sourire du bébé, il a quelque chose comme une prise de conscience de soi associée à une reconnaissance mutuelle. (Erikson, cité par Kunnen & Bosma, 2006, p. 2)

⁵ Pour Winnicott, le *Self* fait référence à l'espace psychique propre à l'enfant, à la façon dont il se sent exister et sa capacité à investir le monde (1998).

Bien avant son arrivée au monde, le bébé est pensé par son entourage, et surtout par ses parents. L'enfant est rêvé, nommé, imaginé, on lui prête des traits physiques et même des traits de personnalité. Dès sa naissance, il est imprégné par les valeurs morales et sociales du groupe familial. Mucchielli parle alors d'ancrage corporel : il convient d'observer que le corps constitue une base sur laquelle l'identité va s'étayer. Benoît Lesage, médecin, docteur en sciences humaines et danse-thérapeute, pose d'ailleurs les questions suivantes :

Comment le corps se construit-il, dans un perpétuel nouage entre soma et psyché ? Comment devient-il un espace sensible et expressif, support de notre identité, qui engage la rencontre ? (2012, quatrième de couverture)

Il s'agit bien ici d'habiter son corps, de s'incarner sur la base de son être matériel pour s'adapter à son environnement et s'enrichir pleinement à partir des expériences vécues.

Le nourrisson, lorsqu'il rejoint la vie aérienne, est assailli de flux sensoriels indifférenciés. La prise de conscience de soi va se faire progressivement par une élaboration de ces afflux sensitifs et leur distinction. Edmond émet l'idée suivante :

C'est lorsque le nourrisson est capable de localiser les sensations, les tensions, les émotions dans son corps qu'il devient capable de différencier ce qui est soi et ce qui est non-soi et qu'il arrive aussi à reconnaître l'autre d'après son apparence corporelle. (2005, p. 41)

Ainsi, la capacité à transformer ses sensations en perceptions puis en représentations semble conditionner l'identité du sujet.

Le nourrisson possède en premier lieu ce que Bullinger appelle un **organisme**, une structure matérielle soumise à la biologie humaine ; avant d'avoir un **corps** et ainsi pouvoir se représenter sa mécanique intérieure. Chez tous les êtres humains, la sensibilité réunit trois niveaux (Pireyre, 2021) : l'**extéroception**, relative aux informations provenant de l'extérieur du corps (thermiques, mécaniques, nociceptives...), l'**intéroception**, relative aux informations provenant des viscères et la **proprioception**, qui alerte l'organisme sur la position et les mouvements du corps propres en extrayant les informations provenant des tendons, des articulations et des ligaments mais également du sens vestibulaire.

Pireyre (2021) considère la perception comme « l'expérience de la sensation », impliquant un traitement conscient et inconscient des afflux sensoriels au niveau cognitif et affectif. La perception est subjective, elle est propre à l'individu selon ses différents seuils sensoriels. Selon Damasio (1999), les perceptions vont être associées à des sentiments, autrement dit des

expériences mentales qui s'établissent en fonction ce qu'il se passe au niveau organique. C'est comme si les différentes parties du corps se teintaient d'une certaine couleur émotionnelle relative à l'expérience vécue, plus ou moins agréable. Cela exerce une influence sur la façon dont le sujet investit son corps sur différents plans (affectif, cognitif, physique...). Pour mieux comprendre cette idée, l'exemple des sujets douloureux chroniques :

Mme T.

« Si j'écoutais mon corps, je ne pourrais rien faire. La douleur est tellement envahissante que je suis obligée de l'ignorer pour vivre. »

Nous voyons bien ici l'influence des expériences sensorielles dans l'identité de l'individu et son rapport au corps. L'individu peut être amené à se couper de son corps, à le délaissier, car celui-ci est pourvoyeur de sensations dont la perception devient insupportable. Son identité n'est alors par exemple que douleur ou qu'intellect, il n'y a pas de lien entre corps et psychisme. L'intérêt d'un travail en psychomotricité va alors être de ramener le corps à un corps plaisir à des sensations agréables, pour amener le sujet à réinvestir son corps de façon positive et engager tout son être dans sa relation au monde.

c) L'identité passe par la conscience de soi

Au cours de son développement précoce et au regard des expériences vécues, le bébé va être amené à ressentir de façon répétée les mêmes sensations, puis à les percevoir pour enfin les intégrer. Ce caractère répétitif va permettre progressivement à l'enfant d'élaborer sa conscience de soi. Selon le docteur en psychologie et sciences humaines Marc Edmond,

La conscience de soi se précise parallèlement au développement du moi qui s'opère à travers une interaction étroite entre les sensations et les perceptions internes et externes. Elle s'étaye à la fois sur le corps propre et sur les relations avec l'environnement objectal et humain. (2005, p. 40)

Damasio a amené les concepts de conscience-noyau et de conscience étendue, phénomènes biologiques sur lesquels s'étaye la subjectivité. Pour lui, la conscience-noyau permet au sujet d'être pourvu d'un sentiment de soi « dans l'ici et maintenant », elle est fixe et accompagne l'individu de sa naissance jusqu'à sa mort. Damasio affirme qu'elle est fortement liée aux

émotions et aux sentiments. La conscience-étendue convoque le passé, le présent et le futur d'un sujet et permet d'ancrer un « sentiment élaboré de soi », elle est évolutive et se modifie selon les expériences de vie (Damasio, 1999, p. 28). Les apports de l'auteur nous permettent de situer la conscience au niveau anatomique, et comprendre les mécanismes mis en place dans l'élaboration de l'identité. L'hippocampe, faisant partie du système limbique, semble tenir un rôle fondamental dans ce processus. Pireyre rassemble les visions de différents auteurs tels que Boubli, Damasio et Bullinger pour affirmer que « la sensorialité et l'hippocampe jouent un très grand rôle dans la construction et le maintien du processus identitaire » (2021, p. 187) tout en soulignant l'importance de l'environnement. Siège de la mémoire, l'hippocampe permet à l'individu de créer des souvenirs et y associer des pensées et des affects. Cela concorde notamment avec la vision de Winnicott, qui explique que le *Self* s'enrichit par les expériences vécues par l'individu. Alors, si ces expériences ne sont pas retenues, elles ne peuvent pas être métabolisées par le sujet et il peut apparaître un défaut dans le développement identitaire. D'après Pireyre, « l'identité repose sur la subjectivité et l'appropriation par le sujet de ses souvenirs et pensées » (2021, p. 188).

Avoir conscience de soi, cela inclut **avoir conscience de son corps et pouvoir se le représenter mentalement**. Ainsi, le schéma corporel et l'image du corps vont pouvoir s'étayer en parallèle au cours du développement. Ces notions étant complexes, nous allons diriger notre réflexion au regard de la clinique de l'obésité.

Selon Pireyre, le **schéma corporel** est « une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements » (2021). Il est issu de la synthèse et de l'intégration des informations provenant des systèmes proprioceptifs, visuels et labyrinthiques. En considérant ces apports, nous voyons donc comment les variations de poids et de volume peuvent avoir un impact au niveau de l'organisation du corps dans l'espace chez l'adulte en situation d'obésité. Les récepteurs proprioceptifs étant en partie entourés par la masse grasseuse, des changements réguliers au niveau de cette masse peuvent induire des déficits proprioceptifs et donc impacter le schéma corporel. De plus, les variations importantes de poids induisent une réorganisation du centre de gravité, jouant un rôle dans l'équilibration. Or, la réactualisation des données n'étant pas immédiate, il y a tout intérêt à travailler sur les ressentis proprioceptifs, les équilibres et les coordinations afin d'aider une personne à conscientiser au

mieux son volume et ses limites corporelles. Cela permettra entre autres une certaine fluidité au niveau posturo-moteur dans l'ajustement à l'environnement et dans la relation.

L'**image du corps**, c'est se représenter son corps tel que nous l'imaginons. Elle est très intriquée au schéma corporel. Nasio nous explique ce qu'il en conçoit :

Je tiens l'image du corps pour la substance même de notre moi. Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps. Notre moi est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante et influencée sans cesse par notre silhouette visible dans le miroir. (Nasio, cité par Pireyre, 2021, p. 19)

L'image du corps semble alors s'appuyer sur les perceptions corporelles et les sentiments qui y ont été associés, et donc s'établir en grande partie par des processus inconscients. Le corps vécu semble être au premier plan contrairement à l'apparence corporelle, alors que le terme « image » pourrait amener à penser que l'on s'intéresse d'abord à ce que l'on voit de soi plutôt qu'à ce que l'on ressent. L'image du corps fait partie intégrante de l'identité psychomotrice d'une personne, elle va notamment conditionner la valeur qu'elle se porte, sa façon de bouger mais aussi de se placer dans la relation à l'autre. Pour reprendre l'exemple de Mme T., patiente douloureuse chronique, nous pouvons supposer que son image du corps est plutôt fragile. En a-t-il toujours été de même ? Cela est-il apparu, ou s'est-il accentué avec la douleur ? Dans quelle mesure cela impacte-t-il sa relation à l'autre et à son corps ?

2. L'identité : une histoire de sentiments

Selon Mucchielli, l'identité rassemble des éléments définissant un sujet mais aussi un sentiment interne. Il insiste sur l'importance de ce dernier point en affirmant que « Pour Erickson (1968), l'identité n'existe que par le sentiment d'identité » (2021, p. 62). Il semble essentiel de concevoir ce sentiment d'identité pour observer par la suite son rôle dans l'élaboration de l'identité psychomotrice. Nous allons également nous interroger sur les différents sentiments pouvant être fragilisés chez la personne obèse.

a) À quoi se rapporte le sentiment d'identité ?

Un sentiment, abordé dans le sens psychologique, peut être défini par « une conscience plus ou moins claire, connaissance comportant des éléments affectifs et intuitifs » (Larousse). On peut le considérer comme un pressentiment, une sensation. L'identité, ici, se veut personnelle, elle se rapporte au Soi. Erickson expose la théorie suivante : « Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité » (1968, p. 50). Le sentiment d'identité repose ainsi sur deux critères : la **permanence** et la **singularité**. Le sujet se ressent comme immuable, cela lui permet de pouvoir se rapporter à une certaine stabilité interne, et cela tout au long des différentes étapes de sa vie. Même si le contexte environnemental advient à être modifié, ce sentiment d'identité est le point de repère du Soi et permet une adaptation adéquate du sujet aux divers événements de vie.

Je m'attacherai ici à la vision d'Erickson afin de décrire les neuf sentiments qui s'articulent entre eux pour élaborer ce sentiment d'identité : le sentiment de son être matériel, d'appartenance, d'unité et de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance, d'existence. J'ai décidé ici de ne développer que certains points, étant les plus en lien avec ma clinique et mon sujet.

b) Être et se sentir être

Le corps est la base et le support privilégié du sentiment d'identité.

(Edmond, 2005, p.41)

Avoir conscience de son corps...

Dans une pathologie telle que l'obésité, où le corps est au premier plan, il me semble primordial de comprendre le rôle qui lui est accordé dans les éprouvés identitaires. Le **sentiment de son être matériel** se réfère à la conscience d'un ensemble de sensations corporelles. Au cours du développement neurophysiologique, le nourrisson va pouvoir accéder à différentes sensations, bien différenciées, provenant des organes sensoriels qui vont lui

permettre de s'individualiser. Le schéma corporel va être une donnée fondamentale pour l'élaboration de ce sentiment⁶. Mucchielli précise que « c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que “nous sommes nous” » (2021, p. 62). Le fait de ressentir son corps à différents niveaux de sensibilité (proprioception, extéroception, intéroception) permet à l'individu de prendre conscience de sa réalité physique et matérielle, qui lui est propre.

... *Et de sa pérennité*

Le corps est donc un référentiel identitaire permanent. Sa forme, son volume, son poids, ne varient pas brusquement du jour au lendemain : c'est la permanence corporelle. C'est ce à quoi fait référence Mucchielli lorsqu'il évoque l'existence d'un **sentiment de continuité temporelle**. Le corps est un compagnon de vie, il pare les ruptures de l'existence et assure à l'individu une continuité dans la perception de lui-même au cours du temps. Cela est possible grâce à la mémoire et le travail psychique de synthèse qui s'effectue inconsciemment, permettant de métaboliser les informations sur les expériences vécues⁷.

M. R.

Il évoque que sa famille fait souvent des réflexions sur son poids. Alors, pour y pallier il nous dit leur répondre « Quand je serai mort, je serai squelette. » Par être squelette, il entend être maigre.

Ce patient semble faire confiance à son organisme et en sa capacité à gérer la maladie. Il a conscience qu'il ne changera pas radicalement de silhouette et n'en a d'ailleurs pas l'intention : il vit de façon sereine son obésité et profite avec entrain des possibilités que lui offre la vie. Nous pouvons penser qu'il est reconnaissant envers son corps de lui permettre d'exister et de faire des expériences, et qu'il ne se débarrassera de ce corps que lorsque qu'il décèdera.

c) *Vivre en harmonie avec soi*

Derrière la multiplicité de nos états, nous avons l'impression d'une certaine unité.
(Mucchielli, 2021, p. 65)

⁶ Cf. *supra*, II. 1. c) L'identité passe par la conscience de soi p. 35

⁷ Cela s'effectue au niveau affectif, mais aussi corporel.

Bien qu'un individu expérimente quotidiennement diverses réalités qui impactent son Être au Monde (selon ses humeurs et émotions entre autres), il se ressent toujours comme un tout. Ce tout est particulièrement stable, il n'est effleuré qu'à sa surface et ce de façon éphémère : c'est ce que Mucchielli appelle le **sentiment d'unité et de cohérence**. Il repose sur la structure cognitive de l'individu, inscrite au niveau psychique, qui s'est enrichie tout au long de sa vie grâce à ses nombreuses expériences. Il est profondément lié au sentiment continu d'exister et prend racine dans les interactions les plus précoces. Le sentiment d'unité et de cohérence tient un rôle pare-excitateur, permettant à l'individu de se protéger des effractions causées par l'environnement mais aussi de ses propres angoisses. Les actions entreprises, les réactions provoquées, en bref la façon dont le sujet s'organise et interagit avec le monde : cela est fondé sur ce sentiment. Selon Mucchielli, la structure cognitive de l'individu « assure la cohérence finale de [son] être » (2021, p. 65). Ainsi, chacun se rattache en permanence à la connaissance qu'il a de son unité. De cette connaissance émane un ressenti logique et rationnel de stabilité de son être, qui agit comme une toile de fond et sous-tend son évolution. Le sentiment d'unité et de cohérence semble ainsi s'étayer sur un sentiment de sécurité interne : plus je vais être sûre, plus mon sentiment d'être un tout va être solide.

d) Compter sur et pour soi-même

C'est sur le sentiment de confiance de base [...] que l'identité peut s'asseoir.

(Mucchielli, 2021, p. 72)

Pour le moment, l'identité semble s'étayer sur plusieurs ressentis : je suis un tout et mon corps est immuable. Pour continuer à se construire en tant que sujet, l'individu entre en relation, il s'expose au monde. L'intégration au niveau cognitif de ses nombreuses expériences (relationnelles, psychoaffectives, physiques, intellectuelles...) ne peut se faire qu'avec un **sentiment de confiance** bien établi. Celui-ci s'élabore au fil des interactions précoces, et notamment dans la relation de l'enfant avec ses parents. La qualité du sentiment de confiance est intimement liée à la stabilité de ces relations affectives. Un contexte apaisé, où les ruptures sont limitées, favorise l'aisance dans la relation à autrui. Nous le verrons plus tard mais nous pouvons déjà postuler que dans le soin, le renforcement positif, l'encouragement et le non-jugement permettent d'améliorer ce sentiment de confiance lorsque celui-ci est ébranlé.

Dans les écrits de Mucchielli, le sentiment de confiance paraît être conjoint au **sentiment de valeur**. En ayant un sentiment de confiance solide, l'individu est plus enclin à entrer en relation et à créer des liens. Il s'expose alors à l'autre avec ses qualités mais aussi ses failles. Aussi, il paraît nécessaire que les bases identitaires s'appuient sur une sécurité interne suffisamment ancrée pour se sentir respectable et estimé par autrui. Mucchielli affirme qu'« avoir le sentiment d'être, c'est avoir de la valeur pour quelqu'un d'autre socialement signifiant et digne d'intérêt » (Mucchielli, 2021, p.68). C'est un point qui est susceptible d'être défaillant chez les personnes obèses, probablement en lien avec la grossophobie qu'elles expérimentent au quotidien et qui impacte grandement leur narcissisme et leur rapport à autrui.

Pour conclure

N'ayant développé ici qu'une partie des sentiments participant au sentiment d'identité, il semble important de synthétiser les neuf éléments afin de comprendre leur rôle :

- Le sentiment de **son être matériel** : je possède une structure organique et concrète ;
- Le sentiment de **continuité temporelle** : cette structure est permanente ;
- Le sentiment d'**unité et de cohérence** : cette structure est stable même si mes états sont changeants ;
- Le sentiment d'**appartenance** : j'appartiens à un groupe social, familial, culturel, etc. ;
- Le sentiment de **différence** : mais je me différencie de celui-ci par des caractéristiques qui me sont propres ;
- Le sentiment de **confiance** : je suis en sécurité pour faire mes expériences de vie ;
- Le sentiment de **valeur** : je suis respectable et aimable malgré mes failles ;
- Le sentiment d'**autonomie** : je peux agir seul sur l'environnement ;
- Le sentiment d'**existence et l'effort central** : j'entreprends et je mène à bien des projets qui font sens pour moi.

Mucchielli se saisit de la pensée d'Erickson pour affirmer que « le sentiment optimal de l'identité [...] est vécu simplement comme un bien être psychosocial » (2021, p. 73). Ces neuf sentiments s'articulent donc entre eux de façon plus ou moins harmonieuse afin de fonder le sentiment d'identité à l'échelle individuelle. Ils établissent une base qui conditionne le sujet dans son Être au Monde. Les troubles identitaires peuvent donc se révéler par une fragilité d'un ou plusieurs sentiments. Par exemple, chez les patients obèses, le sentiment de valeur est susceptible d'être ébranlé par la grossophobie qu'ils subissent au quotidien. Le sentiment

d'autonomie peut également être affecté quand le corps gros les limite dans l'exécution de certaines tâches de la vie quotidienne. Il apparaît aussi que des relations familiales complexes, dans une dynamique de dévalorisation, de culpabilisation, d'écrasement peuvent impacter l'identité (Mucchielli, 2021). Il est courant que les patients nous rapportent d'avoir été rejetés ou culpabilisés par leur entourage proche quand ils ont pris du poids. Ainsi, lorsqu'elles nous sont communiquées, ces remarques éveillent des réflexions et nous mettent sur la piste d'une éventuelle fragilisation au niveau identitaire.

3. L'identité psychomotrice

Nous l'avons vu, l'identité est une notion vaste qui prend plusieurs formes chez un même individu : elle est sociale, culturelle, personnelle, etc. Je vais dans mon propos m'intéresser à l'aspect psychomoteur de l'identité, celle qui établit un lien étroit entre le moteur (comment l'individu se met en mouvement en s'appuyant sur son corps) et l'appareil psychique (l'ensemble des processus conscients et inconscients propres à chaque individu). Nous allons voir comment le corps s'organise, se met en place au fil du développement, pour jouer son rôle de « matrice psychique » et permettre à l'individu d'accéder à un Être au Monde.

a) Le corps comme support à l'identification

Lesage utilise le terme d'« identification » afin de désigner le processus d'élaboration de l'identité. Selon lui, les bases identitaires s'étayent sur la construction du corps. Nous allons donc nous intéresser aux différentes notions qui s'entrecroisent pour participer à la structuration de notre espace corporel. Il est intéressant, dans un premier temps, d'appivoiser la composition de ce corps et donc les qualités des différents « matériaux corporels » pour comprendre sur quelles structures s'étaye le développement psychomoteur et dans quelle mesure elles sont sollicitées dans la construction de l'identité psychomotrice.

Moi-squelette : solide sur mes appuis, j'agis dans l'espace

L'os, le squelette, fait référence à la **solidité** du corps : c'est sur quoi le sujet prend appui pour bouger de façon harmonieuse et souple, pour s'inscrire dans l'espace d'orienter son corps et ses actions dans différents plans (horizontal, frontal et sagittal). Pour Lesage, « cet éprouvé

de soi cohérent, ancré, mobile et spatialement orienté et dirigé, est essentiel » (2012, p. 132). Prendre appui, c'est donner son poids au sol pour impulser le mouvement. Cela fait référence à la notion d'ancrage, aussi appelée *grounding*.

Mme S., à la fin d'un atelier d'initiation au Tai-Chi

« Les mouvements me paraissaient simples mais je n'arrivais pas à être stable, c'est comme si mes pieds ne voulaient pas me porter. »

Nous voyons ici que Mme S. présente un ancrage limité. Couramment observé chez les personnes présentant un surpoids, nous pouvons expliquer ce manque d'ancrage par le désir inconscient de vouloir se faire plus léger quand on évolue au quotidien dans un corps qui pèse lourd. Cela se répercute sur la qualité de leurs appuis, qui s'organisent de façon précaire et impactent le mouvement. Proposer un travail psychocorporel, comme le Tai Chi par exemple, va les amener à conscientiser leurs appuis et la coordination des gestes. Nous allons nous délester de la question du « pourquoi » je bouge pour laisser place au « comment » je bouge. Quelles parties de mon corps touchent le sol, et de quelle façon ? Combien de mon poids suis-je en capacité de déposer pour assurer ma stabilité ? Quelle est la qualité de mon ancrage ?

Lesage pose l'hypothèse que tout travail sur le poids implique la prise en considération des angoisses qu'il génère (2012). En effet, peut-être que si la personne « n'ose pas » prendre pleinement appui, c'est sûrement qu'elle ne ressent pas son corps comme fiable, solide, capable de la porter. Il y a donc tout intérêt à lui faire prendre conscience de sa charpente osseuse comme structure stable et dense, sur laquelle elle peut s'appuyer en toute sécurité. Cela peut passer par la vibration, qui se diffuse dans tout le corps pour donner la perception d'un Soi unifié. Pour Lesage, il y a un lien entre pouvoir donner son poids et la qualité des soins maternels reçus au cours de la petite enfance : si le *holding*⁸ n'a pas été suffisamment bon, le sujet est susceptible de développer des angoisses comme celles décrites précédemment. Selon lui, « le travail du poids réactive l'abandon et l'impuissance ressentis précocement » (2012, p. 133). Nous pouvons donc nous demander ce que traduit la qualité des appuis d'un individu au niveau de la confiance qu'il témoigne à son corps, et son impact au niveau identitaire.

⁸ Le *holding* a été théorisé par Winnicott, il fait référence au portage physique et psychique. Il participe à l'établissement d'un sentiment basal de sécurité interne (1979).

Moi-peau : j'établis mes limites avec l'autre et je me mets en relation

*Le moi-peau assure une fonction d'individuation du soi,
qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique.*

(Anzieu, 1985, p. 102)

C'est sur la peau, ce système à multiples couches, que l'individu s'appuie pour accéder à l'**individualité**, par l'établissement d'une limite séparant l'intérieur de l'extérieur (Lesage parle d'« organe frontière », 2012, p. 114). Épaisse, solide, protectrice et dotée d'une grande sensibilité, la peau va jouer un rôle de **contenant** et rassembler les représentations psychiques du sujet élaborées au fil des expériences. Par l'élaboration de ce Moi-peau (Anzieu, 1995), l'individu va percevoir ce qui lui est propre. Pour Lesage, « la conscience de la partie du corps ainsi abordée ouvre à une conscience de l'autour-du-corps et de tout ce qui peut circuler de l'un à l'autre » (2012, p. 115). Ainsi, lorsque le sujet sait différencier le Soi du non-Soi, il va pouvoir entrer en **communication** par cette surface peau, et échanger avec son environnement (échanges dedans/dehors). Cependant, entrer en relation peut impliquer des effractions psychiques et/ou psychiques. La peau va alors filtrer les stimulations qui arrivent et prendre le relais de la fonction maternelle pare-excitatrice.

Nous pouvons ainsi imaginer, au regard de toutes les fonctions que l'enveloppe corporelle recouvre, que la qualité du Moi-peau influence fortement la qualité des bases identitaires et narcissiques. En clinique, nous remarquons que de nombreux patients en situation d'obésité mentionnent dans leur questionnaire d'entrée qu'ils n'aiment pas être touchés. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que la fonction du Moi-peau est ici défaillante et que cela pourrait être à l'origine d'une identité fragilisée.

Moi-muscle : je ressens mon corps et m'appuie sur lui pour faire passer un message

Les muscles s'organisent sur la structure osseuse et donnent du volume au corps. Ils confèrent à l'organisme un certain état tonique et l'informe au niveau proprioceptif. Nous avons vu précédemment dans quelle mesure la **proprioception** participait à la construction identitaire, il est intéressant de le garder en tête pour la suite du propos. De plus, les muscles jouent un rôle primordial dans la réalisation du mouvement et sa qualité, en termes de force impliquée notamment (Lesage, 2012). La **modulation tonique** va permettre à l'individu de s'ajuster le

plus finement possible à l'environnement mais aussi au niveau interpersonnel. La façon d'entrer en relation et de réguler ses interactions va être influencée par l'organisation musculaire. Nous devons à Ajuriaguerra (2008) le concept de dialogue tonico-émotionnel, selon lequel l'ajustement tonique entre la mère et son bébé permet de faire passer un message émotionnel réciproque. Nous pouvons alors stipuler que l'organisation de l'activité motrice s'étaye sur la qualité des échanges émotionnels entre l'adulte et l'enfant. Les relations interpersonnelles précoces sont donc conditionnées par le dialogue tonico-émotionnel. Cela perdure tout au long de la vie et participe grandement à l'élaboration de l'identité psychomotrice du sujet.

L'organisation tonique est hétérogène chez chaque individu, l'observer nous donne des clés pour entrevoir ce que le sujet a vécu et comment il s'organise aujourd'hui. Lesage s'est appuyé sur les travaux de Godelieve Denys-Struyf (2000) pour établir une correspondance entre les affinités spatiales et les **typologies posturales** selon la prédominance de certaines chaînes musculaires. Nous l'abordons succinctement ici, pour faire un lien entre :

- La **biomécanique**, c'est-à-dire comment le corps bouge : en enroulement, en extension, par le repousser du sol, etc... Nous observons aussi la qualité de la respiration ;
- L'aspect **psycho-comportemental**, soit dans quelle dynamique le sujet se présente-t-il à l'environnement : plutôt réservé, énergique, vigilant, ouvert à la relation ;
- Le **symbolique**, ou qu'est-ce que son organisation posturale évoque sur sa personne : conquérant, timide, avenant, étincelant, minutieux.

Nous allons ainsi nous appuyer sur ce que le corps musculaire nous dit pour penser l'identité psychomotrice du sujet.

Enfin, il paraît intéressant de penser le Moi-muscle au regard des tensions musculaires qui se chronicisent chez certaines personnes, possiblement à l'origine de douleurs. Qu'est-ce que son organisation psychocorporelle nous dit sur son identité psychomotrice ?

Mme B. présente une douleur quasi constante au niveau des épaules, qu'elle qualifie d'« écrasante ». Lorsqu'elle nous raconte son histoire, elle décrit s'être vue confier très jeune des responsabilités importantes au niveau familial. Puis, lorsqu'elle est devenue épouse puis mère, c'était elle qui continuait à gérer seule la quasi-intégralité des tâches quotidiennes : « Quand on est mère, on gère tout sans broncher et on prend sur soi ».

Mme B. s'est-elle forgée une carapace tonique pour se protéger et pouvoir assumer de front toutes ses responsabilités ? L'expression « tout porter sur ses épaules » semble ici adéquate pour tenter d'expliquer la cause de la douleur. Ici, les tensions musculaires persistantes nous informent sur une partie de l'histoire de Mme B., nous pouvons donc entrevoir une partie de son identité à travers son Moi-muscle.

Moi-viscéral : je me sens vivant

C'est grâce aux organes internes (foie, rate, pancréas) que l'énergie des aliments est métabolisée, et grâce aux entrailles (estomac, intestins, vessie) qu'elle est absorbée et que ses déchets sont évacués. Les viscères sont principalement innervés par le système nerveux entérique, qui fait partie du système nerveux autonome (ou végétatif). Par les diverses sécrétions qu'il produit, il régule le milieu intérieur et veille à l'équilibre homéostatique, assurant un fonctionnement optimal du corps au niveau physiologique : respiration, digestion, sommeil, système immunitaire et endocrinien, etc. (Marlien, 2018).

Le système nerveux autonome est également impliqué dans la digestion et le comportement alimentaire, qui s'articule autour des fonctions de remplissage et de vidage du corps grâce à la coopération des différentes chaînes musculaires qui s'organisent autour de l'axe corporel. Selon la dilatation des organes digestifs, le sujet peut se sentir « plein » ou alors « vide ». Chez le sujet hyperphagique, le ventre devient le lieu privilégié pour lutter contre le vide ressenti au niveau du corps. La nourriture revêt une fonction d'apaisement, grâce à la stimulation du système parasympathique qui s'active lors de la digestion. En mangeant à l'excès, le sujet stimule son Moi-viscéral et tente de pallier ses vécus angoissants de rien, de creux. Il cherche ainsi à lutter contre un vécu possiblement mortifère du corps. Le comportement hyperphagique peut donc être observé comme une tentative d'habiter son corps pour se sentir plus serein.

Mme H. lors d'un atelier sur la relation à la nourriture

« Je me sens vide à l'intérieur, alors je mange en excès, j'engloutis, comme si je cherchais à combler ce vide insupportable. »

De plus, il paraît intéressant de soulever le volume que prennent les viscères au niveau du corps : elles remplissent l'espace du tronc et lui donne un poids qui apparaît essentiel pour se

sentir vivant : je ne suis pas vide à l'intérieur donc j'existe. Mais ce n'est pas seulement le poids des organes qui rassure l'individu sur sa cohérence interne, c'est aussi sa pulsation régulière, rassurante, permanente. Le caractère immuable de la pulsation du corps permet au cours du développement une instauration des rythmes internes qui participent au sentiment de sécurité basale. C'est aussi un moi très en lien avec les sensations et les émotions. Il nous informe sur notre état de santé physique mais aussi mental : le fameux mal de ventre à cause du stress en est un bon exemple (Dalarun, 2022).

b) L'axe corporel comme soutien à la construction identitaire

Le corps en se structurant, d'un point de vue tonique et moteur, « permettait à l'enfant de se situer davantage comme sujet de communication et de désir ».

(Robert-Ouvray, citée par Lesage, 2012, p. 39)

La structuration psychocorporelle du sujet se fait par l'émergence de son **axialité**, c'est-à-dire par la construction et l'intégration de son axe corporel et comment il soutient nos vécus. Cette notion est à concevoir dans une perspective développementale et globale. En effet, elle s'établit au cours du développement psychomoteur et est susceptible de fluctuer selon les expériences de vie. Pour Lesage, « se poser dans son axe et s'organiser à partir de là s'entend tant au niveau posturo-moteur que psychique » (2012, p. 147).

L'axe corporel est composé, au niveau anatomique, du tronc, du cou et fait référence à la ligne imaginaire qui relie notre tête à notre bassin. En s'appuyant, sur son axe, le sujet peut développer sa spatialisation, c'est-à-dire de progressivement relier et différencier les espaces droit et gauche, haut et bas, avant et arrière. Il va dans un premier temps constituer un **point d'appui physique** : en pouvant s'orienter dans l'espace par rapport à son axe, l'individu peut organiser sa posture et son geste. La qualité de l'intégration de l'axe corporel va ainsi conditionner l'accès à l'environnement. Lesage décrit cette spatialisation comme essentielle pour entrer en relation car l'action va pouvoir être dirigée et intentionnée.

Comment se fait l'intégration de l'axe et comment soutient-elle l'individuation ?

C'est par l'activité tonico-posturale du nourrisson, s'organisant au fur et à mesure du développement en suivant différentes lois biophysiques, que l'axe va pouvoir être intégré. Bullinger (2004) reconnaît l'existence d'un axe de développement, selon lequel l'évolution psychomotrice se fait par l'investissement d'espaces corporels successifs, en parallèle du déploiement de la vie psychique. Ces espaces n'étant pas clivés, nous pouvons considérer cet axe de développement comme un maillage autour duquel s'organisent les assises identitaires.

Dans un premier temps complètement soumis à la pesanteur, l'individu va s'y ajuster pour atteindre la station debout aux environs d'un an de vie. C'est l'alternance entre les mouvements de flexion et d'extension, puis les mouvements de rotation autour de l'axe qui vont permettre son intégration. L'organisation de la motricité se fait selon les grands schèmes de coordination qui permettent à l'individu de faire circuler le flux de tension d'un endroit à un autre du corps. Ces mouvements s'inscrivent dans un processus continu, possèdent un certain ordre et s'inscrivent dans les différents plans de l'espace (Lesage, 2012). Peu à peu, l'enfant va pouvoir tenir sa tête, puis se retourner, ramper, s'asseoir... jusqu'à devenir bipède et pouvoir se déplacer de cette façon. La coordination motrice participe donc activement à la verticalisation de l'individu et à l'élaboration de ses fonctions instrumentales. Lesage amène l'idée suivante : « Instruire les coordinations d'un sujet, c'est le doter d'outils relationnels lui permettant de se situer, se relier, signer sa présence, interagir, et c'est aussi lui donner matière à penser. » (2012, p. 40). La coordination motrice s'étayant autour de l'axe corporel tient donc un rôle primordial, celui d'**organisateur psychique et relationnel** (Lesage, 2012, p. 40).

Ainsi, se tenir droit dans son axe et s'orienter à partir de celui-ci participe à l'affirmation de soi. L'intégration de son axe corporel en tant qu'axe vertical qui constitue l'aplomb du corps et l'instrumentalisation du corps étaye le Moi et permet de dire « Je » : je suis sujet, **je reconnais mon identité propre**. C'est aussi pouvoir s'exprimer pour soi-même (ses sentiments, ses envies) et par soi-même (être capable d'agir seul sur son milieu pour obtenir ce que l'on souhaite). Pouvoir dire « Je », c'est avoir de l'aplomb, c'est donc aussi pouvoir dire « Non » à l'autre et **s'affirmer dans la relation** et notre façon d'être au Monde. L'axe corporel tient ainsi un rôle fondamental au niveau identitaire, notamment en soutenant l'agentivité⁹ et l'accès au

⁹ L'agentivité, c'est se reconnaître comme acteur de ses gestes sur le milieu.

symbolique. Pour se construire corporellement et psychiquement, il paraît donc tout aussi important d'être dans le sentir que dans l'agir.

c) *Habiter son corps, c'est le vivre émotionnellement*

L'émotion est la conscience du corps.

(Damasio, cité par Levine, 2014)

Nous l'avons vu, le corps constitue une base solide pour s'élaborer en tant que sujet, mais il ne recouvre pas une simple fonction d'habitable. L'humain étant un **être de ressenti**, il **vit son corps** grâce aux émotions qui le traversent. Pour concevoir dans quelle mesure la conscience émotionnelle semble indispensable à la construction identitaire, il est important de définir quelques termes. Damasio distingue les **émotions** (mouvements du corps visibles et/ou mesurables par tous comme les expressions faciales par exemple) des **sentiments** (éprouvés subjectifs et intimes faisant suite à une émotion).

[...] Il est inconcevable de comprendre comment fonctionnent les émotions et les sentiments si on oublie le corps. Les émotions n'existent que parce que l'organisme doit s'adapter à l'environnement : la peur immobilise la proie pour mieux la camoufler, la colère donne la force d'agresser pour se défendre [...]. (Damasio, 2014, p. 279)

Ainsi, nous pouvons objectiver un réel parallèle entre corps et sentiments émotionnels. L'individu s'appuie sur ses ressentis pour agir et évoluer, cela conditionne donc ses expériences de vie, qui vont se teinter d'affect pour être mémorisées et s'intégrer à l'histoire personnelle. Damasio pose l'hypothèse de marqueurs somatiques pour faire référence à ces souvenirs créés au fil des interactions avec l'environnement. Lorsque l'individu se retrouve face à une situation nouvelle, il convoque (inconsciemment) ses souvenirs et leur charge émotionnelle. Ceux-ci vont se lier à l'aspect rationnel et logique pour influencer la prise de décision et donc les comportements mis en place. Ces marqueurs somatiques sont propres à chacun et font partie intégrante de l'identité psychomotrice du sujet car ils conditionnent son état tonique, sa posture, ses attitudes et ses pensées.

Quand l'alexithymie prend le dessus

Il arrive que l'identité psychomotrice du sujet soit entravée par une sorte d'anesthésie au niveau émotionnel : c'est ce que nous appelons « alexithymie¹⁰ ». L'individu présente des difficultés à élaborer et exprimer son vécu émotionnel, son discours a tendance à rester très factuel et centré sur le corps. Or, la motricité étant fortement liée aux émotions, il est difficile d'habiter pleinement son corps quand nous faisons abstraction de sa part émotionnelle.

Mme O. participe à une séance de méditation, l'invitant à déposer (hypothétiquement) sur un chemin de montagne les « poids » dont elle s'est chargée tout au long de sa vie. Lors de la reprise, les participants expriment un soulagement, de la fierté ou alors même de la tristesse. Mme O. reste silencieuse et lorsque nous l'interrogeons sur son vécu, elle exprime « ne pas savoir », puis dit qu'elle n'a rien ressenti lors de l'exercice même si elle a réussi à déposer les poids symboliques.

Dans le cas de Mme O., nous observons au cours du parcours qu'elle a du mal à s'investir corporellement dans les ateliers proposés comme le Taï Chi ou la relaxation Jacobson. Cette observation est probablement en lien avec le fait qu'elle présente des difficultés à mettre des mots sur ses ressentis émotionnels. Quand la pensée est limitée, cela peut se traduire par le corps : posture de retrait, hypotonie et manque d'amplitude dans les mouvements. Il est à noter que le figement émotionnel est souvent lié à un figement post-traumatique (immobilité, peu d'expression du visage, hypervigilance).

Dans cette partie théorique, j'ai abordé l'identité sous un prisme global puis sous son aspect psychocorporel, car c'est lui qui nous intéresse en premier lieu en psychomotricité. Les personnes obèses peuvent voir leur identité psychocorporelle perturbée, tant au niveau psychique avec ce rejet du corps par l'autre et l'auto-dévalorisation qui affectent l'estime de soi ; qu'au niveau corporel avec une difficulté de perception des sensations et un désinvestissement de ce corps gros car pourvoyeur de douleur et limitant l'autonomie au quotidien. Nous verrons prochainement comment la psychomotricité peut accompagner le patient obèse à retrouver une unité psychocorporelle fiable et sécurisante ainsi qu'une aisance dans le mouvement et dans la relation.

¹⁰ L'alexithymie désigne de façon littérale l'incapacité à exprimer ses humeurs et ses émotions.

III- CLINIQUE

Dans cette partie, nous chercherons à comprendre comment l'équipe de l'HDJ articule son projet thérapeutique autour des cinq dimensions de l'ETP évoquées précédemment. De plus, nous verrons comment les différents acteurs tiennent un rôle complémentaire dans le soin et agissent continuellement dans l'intérêt du patient. Après avoir abordé la sémiologie psychomotrice de l'obésité et les outils d'évaluation, nous illustrerons par une rencontre clinique la question de l'identité psychomotrice et comment elle peut apparaître fragilisée.

1. Contexte du stage

a) Bienvenue à l'hôpital de jour

Un hôpital de jour pour « soigner » l'obésité ?

Dans le but d'améliorer la prise en charge de l'obésité en Île-de-France et compte tenu du nombre grandissant d'interventions de chirurgie bariatrique et de l'importance du suivi du patient opéré, l'hôpital de jour (HDJ) a pris place en 2017 au sein d'une clinique de rééducation. La structure regroupe plusieurs professionnels de santé, de spécialisation médicale ou paramédicale : un médecin, une infirmière, une psychomotricienne, une diététicienne et une enseignante en Activité Physique Adaptée (APA).

L'HDJ regroupe de nombreux objectifs communs se basant sur les principes de l'ETP, plus ou moins importants selon les problématiques des patients :

- La reprise de l'activité physique,
- L'amélioration du rapport à l'alimentation,
- L'acquisition de connaissances diététiques,
- L'apport d'un cadre bienveillant pour améliorer la confiance et l'estime de soi,
- L'accompagnement rapproché pour instaurer des changements durables.

Ainsi, nous pourrions définir l'objectif principal de l'HDJ comme étant l'autonomisation du patient pour instaurer des changements de mode de vie afin de permettre une perte de poids à long terme, de prévenir une reprise de poids et l'apparition de comorbidités. Le parcours en ETP

prend ainsi place au sein d'un suivi plus large, il constitue une étape dans l'accompagnement clinique du patient.

Comment l'HDJ fonctionne-t-il ?

Le parcours dure en moyenne 12 semaines, avec possibilité de prolongation selon certains critères. Chaque patient doit être en mesure de participer aux trois séances (diététique, psychomotricité, activité physique adaptée). Ainsi, certains critères sont rédhibitoires et freinent l'inclusion de certains patients au parcours :

- Le manque d'autonomie sur le plan médical (manque de mobilité dû à des problèmes articulaires avec douleurs trop importantes par exemple) ;
- La déficience intellectuelle, les difficultés cognitives importantes ;
- Les troubles des conduites alimentaires trop envahissants et qui relèvent d'un accompagnement en psychiatrie ;
- Les comorbidités psychiatriques non stabilisées (schizophrénie, état limite...) ;
- La limitation au niveau du langage, que ce soit au niveau expression ou compréhension. Le patient doit pouvoir comprendre et parler le français.

Nous recevons plusieurs profils de patients à l'HDJ. Certains ne sont pas concernés par la chirurgie, d'autres ont un projet de chirurgie bariatrique ou ont déjà bénéficié d'une chirurgie bariatrique et reviennent pour être accompagnés et apprendre à vivre avec cette nouvelle modalité. Les patients nous sont adressés par différents hôpitaux dans le cadre de leur parcours de soin. Le parcours en ETP peut leur être proposé (entre autres) dans le but de les préparer à la chirurgie bariatrique, pour une perte de poids en vue d'une Procréation Médicalement Assistée (PMA). Les patients sont reçus lors d'une consultation médicale d'entrée avec le médecin, afin de valider ou non le commencement du parcours. Ils sont de nouveau reçus pour des consultations médicales de mi-parcours (à environ 6 semaines) et de sortie. Les patients viennent une demi-journée par semaine à l'HDJ, ce qui équivaut à trois heures de prise en charge hebdomadaire. Ils sont répartis par groupes de 4 à 5 patients et alternent entre les ateliers de diététique, psychomotricité et APA, qui durent chacun une heure. La journée commence par une réunion d'équipe, tous les matins de 9h30 à 10h pour discuter des différents patients de la semaine, des éventuelles absences, des problématiques institutionnelles.

b) Une équipe pluridisciplinaire

À l'HDJ, les différents professionnels travaillent main dans la main pour accompagner au mieux le patient dans son parcours. Chaque professionnel tient un rôle proprement défini, et il va articuler sa prise en soin autour des autres professionnels, selon un principe de complémentarité et de lien permanent. Pour que le soin s'organise en réseau, il est impératif que chaque acteur soit au clair avec ce qui est proposé par les autres et se tienne régulièrement au courant des objectifs et projets thérapeutiques de chacun. Cette coordination permet également au patient d'identifier les compétences et spécificités des différents intervenants, et de s'appuyer sur la cohérence du parcours pour s'investir pleinement.

Le médecin spécialisé en nutrition ou endocrinologie joue principalement un rôle de coordinateur du parcours. Après avoir effectué une évaluation globale, elle décide de la pertinence de la prise en charge à l'HDJ et valide ou non l'indication des patients. L'évaluation permet d'identifier les motivations, les éventuelles limites surtout au niveau de l'activité physique (douleurs, restrictions articulaires...) et les éventuelles problématiques alimentaires. Grâce à cela, un projet thérapeutique individuel va pouvoir être établi, ciblant les besoins individuels des patients et réévalué régulièrement au cours du parcours. À la fin de la prise en charge, elle aide le patient à identifier ce qui va pouvoir être mis en place à sa sortie ainsi que les obstacles qui persistent. Elle s'occupe de rédiger une synthèse de sortie regroupant les différents suivis (en psychomotricité, APA et diététique), l'évaluation médicale de sortie ainsi que l'entretien réalisé par l'infirmière. Elle a également un rôle décisionnaire et détermine la date de sortie du patient ou la prolongation du parcours. Si nécessaire, elle adresse les patients à d'autres professionnels (psychothérapeute notamment) et rédige des lettres de recommandations. Elle est la personne référente en cas de soucis médicaux (hypertension artérielle, crises d'hypoglycémie, problèmes cardiaques) qui pourraient survenir sur le temps de présence du patient dans la structure.

L'infirmière accueille les patients au quotidien, c'est leur première interlocutrice de l'équipe médicale et paramédicale. À l'entretien d'entrée, elle établit un recueil de données regroupant le motif d'hospitalisation, l'histoire de la maladie, les antécédents personnels, médicaux et familiaux. Elle prend les constantes vitales, les mensurations et les données impédancemétriques afin d'avoir une référence à mi-parcours et fin de parcours. Elle s'assure que l'activité physique ne présente pas de risque pour le patient. L'infirmière applique le

principe de renforcement positif¹¹. Enfin, elle a un rôle administratif, et fait le lien entre l'HDJ et le service de facturation, en relevant les absences et les présences. Elle transmet également les documents d'entrée et de sortie du patient.

La diététicienne s'appuie sur les connaissances des patients sur l'alimentation, intégrées à la suite des nombreux régimes. Souvent erronées, ces connaissances ont pu induire des croyances alimentaires et créer des mécanismes de restriction cognitive. La diététicienne va alors chercher à les comprendre, les expliquer et les déconstruire afin de poser de nouvelles bases, pour tendre vers une relation saine à l'alimentation. Son objectif est que le patient retrouve du plaisir à manger, et cela passe par l'idée qu'aucun aliment n'est interdit, tout est une question d'équilibre des systèmes de régulation des prises alimentaires (énergétique, hédonique et symbolique). Elle encourage à l'écoute de soi et de ses sensations alimentaires, sans intellectualisation ni jugement.

L'enseignante en Activité Physique Adaptée (EAPA) s'assure que tous les patients de l'HDJ puissent pratiquer une activité physique en sécurité, de façon adaptée à leurs pathologies diverses et éventuelles douleurs. Son rôle est aussi de motiver, encourager chaque patient en mettant en avant ses capacités personnelles. Le fait de redonner goût à l'activité physique va favoriser une pratique plus régulière. Enfin, elle aide les patients à mettre en place une pratique d'activité physique en autonomie, pour qu'ils continuent leurs efforts durant le parcours mais surtout après. En se basant sur les principes de l'éducation thérapeutique, elle met tout en œuvre pour que le patient soit le plus autonome possible et mobilise ses propres ressources, que celui-ci soit acteur de sa séance.

La psychomotricienne accompagne les patients dans le développement d'une conscience corporelle, visant l'intégration corporelle au niveau psychique. Elle permet ainsi aux patients de porter un intérêt particulier pour eux-mêmes. Cela paraît indispensable lorsque l'on recherche la responsabilisation et l'autonomisation du patient. Ainsi, l'écoute de ses sensations est un fil rouge qui guide les patients tout au long du parcours. Elle donne également des clés pour que les patients prennent soin d'eux, connaissent leurs limites et les appréhendent. Son objectif principal est d'aider le patient à acquérir un sentiment d'unicité, à avoir une vision harmonisée de lui-même. À travers les ateliers, j'ai pu remarquer que la psychomotricienne

¹¹ Cela permet de favoriser l'adhésion au parcours par valorisation et encouragements, le patient sera ainsi plus à même d'adopter des comportements qui l'aideront à se sentir mieux.

portait une intention particulière, celle de tisser un lien permanent entre ressenti émotionnel et impact corporel.

Dans ses écrits, Dalarun (2010, p. 245), explique que « Le but premier de l'approche corporelle du surpoids et de l'obésité n'est donc pas la perte de poids mais un (ré)investissement du corps qui contribuera peut-être dans un deuxième temps à un amaigrissement et une stabilisation durable ». Nous retrouvons bien cette idée dans la façon dont la psychomotricité est abordée et proposée à l'HDJ.

c) Zoom sur les ateliers et la place de la psychomotricité

En diététique, les ateliers ont pour mots d'ordre l'alimentation plaisir et le non-jugement. Ils sont organisés selon plusieurs axes :

- Comprendre les intérêts de chaque famille d'aliments sans hiérarchiser leur importance ;
- Savoir lire les étiquettes alimentaires et en interpréter les données afin de consommer de façon plus éclairée ;
- Savoir adapter son alimentation à la chirurgie tout en couvrant ses besoins alimentaires et limiter les risques de dénutrition ;
- Favoriser un rapport sain à l'alimentation, en y intégrant ses préférences alimentaires souvent diabolisées (sucreries, friture, produits industriels), avoir un regard neutre sur son alimentation ;
- Garder le plaisir de manger ou le retrouver si l'alimentation est vécue comme une contrainte, conserver une vie sociale en toute sérénité ;
- Observer l'évolution de sa relation à la nourriture et de son comportement alimentaire, valoriser ses progrès.

En APA, chaque séance se divise en deux parties : d'abord un travail cardio-respiratoire pour amplifier les capacités d'endurance, grâce à l'utilisation du vélo elliptique notamment, puis le renforcement musculaire afin de favoriser la croissance et la force musculaire et ainsi lutter contre la dénutrition. La balnéothérapie est possible lorsque le contexte sanitaire le permet. Les séances s'organisent selon les mêmes principes. L'utilisation de cette médiation avec les personnes en situation d'obésité est intéressante car la chaleur de l'eau favorise la détente musculaire et l'apaisement des tensions. Le milieu aquatique permet également de diminuer le poids ressenti et limite donc les impacts articulaires ainsi que les douleurs. De plus,

il favorise la réalisation de mouvements parfois impossibles dans le milieu aérien. Cependant, même si la balnéothérapie peut rendre la pratique sportive plus agréable, le travail dit « à sec » est également indispensable car l'intensité de l'effort n'est pas la même.

En psychomotricité, le travail s'articule autour de groupes de parole et de séances de travail psychocorporel. Nous nous appuyons sur la vision de Martin et D'Ignazio, décrivant le soin psychomoteur comme étant au carrefour de trois entités : le cognitif, le moteur et le psycho-affectif (2018, p.11).

Je rajouterai que la sensorialité est une donnée primordiale à prendre en compte en psychomotricité, particulièrement avec les personnes en situation d'obésité. En effet, nous l'abordons de façon approfondie en nous basant sur le principe de « pleine conscience » qui permet de porter une attention accrue à tous les sens (les cinq sens mais également le sens proprioceptif et intéroceptif). Nous nous appuyons sur le processus d'intégration psychomotrice : l'exercice psychomoteur permet au sujet d'éprouver et ressentir, puis d'identifier les sensations, grâce auxquelles il va pouvoir étayer ses représentations. Il n'y a pas de pouvoir faire sans pouvoir sentir, c'est le propre de la boucle sensori-motrice. Elle permet au patient d'intégrer, à différents moments et par différents processus le mouvement et la sensation du mouvement : qu'est-ce que ça lui fait ressentir ? Quelles représentations émergent ?

Dans les ateliers de conscience psychocorporelle, nous intégrons plusieurs techniques de relaxation (relaxation active de Jacobson, conscience du souffle). Nous nous inspirons également de certains principes de sophrologie et d'hypnothérapie afin de diversifier nos pratiques. Ici, les objectifs principaux vont être de développer l'attention soutenue à soi, favoriser la détente corporelle et psychique, renforcer l'écoute positive du corps, réguler sa respiration afin de mieux gérer ses efforts physiques, ses émotions mais aussi réduire le stress et ses impacts. Certaines pratiques pourront être reprises en autonomie grâce à des vidéos YouTube réalisées par la psychomotricienne. Plus le patient adhère aux pratiques proposées, plus il est susceptible de les reproduire et de les intégrer à ses habitudes de vie.

Dans les ateliers d'échange, le travail est axé autour de la relation à la nourriture et les sensations alimentaires. Le patient est encouragé à comprendre « pourquoi il mange », à identifier les sensations liées à la faim, la satiété, le rassasiement, le trop-plein, à appréhender son comportement alimentaire et à comprendre le lien entre alimentation et émotion. L'un des

objectifs est de déconstruire certaines habitudes de vie et habitudes alimentaires afin d'être davantage en harmonie avec les réels besoins du corps. Les échanges entre patients vont permettre de verbaliser, d'élaborer sur sa propre relation à la nourriture, son vécu (passé et présent) par rapport à elle. Ils vont pouvoir identifier ce que pourrait être une relation apaisée à la nourriture, ainsi que les ressources et les freins personnels qui peuvent influencer sa capacité à tendre vers celle-ci.

Nous proposons également des espaces de parole afin que les patients puissent échanger sur la façon dont ils perçoivent leur corps et leur rapport à celui-ci. L'un des objectifs principaux est de permettre la prise de conscience de ses représentations, images, attitudes et positions par rapport à la thématique de l'image du corps. Ensemble, les patients créent un espace sûr afin de mobiliser leurs expériences personnelles et faciliter leur expression, et le groupe accueille la parole sans jugement. Ces ateliers encouragent les patients à développer de la compassion par rapport à leur histoire de poids et à développer une certaine bienveillance envers eux-mêmes et les autres. Cela permet notamment de renforcer l'estime et la confiance en soi. Chez les patients concernés par la chirurgie, ces ateliers jouent un rôle préventif et appréhendent les troubles de l'image du corps qui surviennent ou pourraient survenir après une perte de poids rapide.

2. L'évaluation psychomotrice chez les personnes obèses

a) Quels sont les intérêts de l'évaluation psychomotrice chez cette population ?

Il s'agit en premier lieu de rencontrer une personne dans sa globalité. Par cette approche holistique et dans la relation, nous allons pouvoir aborder le patient dans toute sa qualité d'être, au-delà des discriminations et stigmatisations souvent vécues par les personnes obèses. Les différents questionnaires et tests nous permettront d'apprécier l'organisation psychocorporelle d'une personne et en avoir une lecture psychomotrice. Cela nous permet de comprendre plus spécifiquement les difficultés auxquelles le patient fait face, mais aussi ses capacités et ressources. Cela peut nous indiquer à quoi il faut être attentif lors de nos propositions, notamment lorsqu'elles sont psychocorporelles ou engagent le corps en mouvement (relaxation active et progressive de Jacobson, Taï Chi...). Cela peut aussi nous donner un aperçu de son vécu psychocorporel, ses représentations, ses fragilités psychiques... C'est pour cela qu'il est

primordial d'être dans l'écoute active, attentif aux verbalisations du patient et à ce qu'il nous donne à voir dans sa communication infra-verbale.

b) Quels items psychomoteurs évaluer et comment ?

Pour cette partie, nous allons nous baser sur la réflexion de Gaumet (2014) afin d'observer les tests intéressants à proposer selon les différents items psychomoteurs. Il semble primordial de préciser qu'à l'HDJ, nous accueillons des patients pouvant se déplacer, sans déficits neurologiques pouvant entraver leur motricité. Ils ont généralement une bonne compréhension orale et écrite des consignes. Les observations sont principalement qualitatives, la plupart des bilans standardisés n'étant pas normés pour l'âge des patients rencontrés. Au-delà des items psychomoteurs à proprement parler, il s'agit d'évaluer la qualité de la relation avec le patient, le regard, la communication verbale et non-verbale.

Le **schéma corporel**, l'**image du corps**, et la **corporéité** sont sûrement les premiers éléments qui nous viennent en tête lorsque nous évoquons l'évaluation de patients en situation d'obésité. En effet, il est primordial d'essayer de comprendre la perception que le patient a de son corps, de quelle façon il vit non seulement dans son corps mais aussi avec celui-ci au quotidien. Qu'en est-il de ses ressentis, du rapport au corps ? Quelle place prend le regard des autres et quel est son impact sur la relation à l'autre et l'ouverture au monde ? Cela nous donnera des clés pour penser l'identité psychocorporelle du patient, le corps étant la base et le support du sentiment d'identité (Edmond, 2005).

Nous évaluons la corporéité avec le **questionnaire « Habiter son corps »**, proposé par Dalarun, est un outil nous permettant d'observer la corporéité du patient. Habiter son corps, c'est en premier lieu l'accueillir, le faire exister dans l'espace et le temps, et donc l'intégrer sur le plan psychique (Dalarun, 2015, p.227). Les vingt questions qui le composent permettent d'aborder un certain nombre d'items psychomoteurs : la coordination, le schéma corporel, l'image de soi, la proprioception, l'émotion, l'espace, la relation à autrui, la présence, l'antériorité et enfin le temps. Il est très intéressant, dans le cas où le questionnaire a été rempli seul par le patient, de le reprendre ensemble afin d'observer ce que le patient verbalise. L'analyse qualitative est tout aussi importante que le score obtenu, car cela nous donne des indices sur non seulement comment il vit son corps mais comment il le pense.

Pour observer le schéma corporel et l'image du corps, nous utilisons **la représentation graphique d'une silhouette d'homme ou de femme**, un outil permettant de signifier les zones corporelles douloureuses, mais aussi celles qui sont dépréciées ou au contraire appréciées. Nous pouvons également proposer un test inspiré du « dessin du bonhomme » de Goodenough, **le dessin de trois personnes**. Le patient est invité à faire trois dessins de personne, représentant successivement : comment il se voit, comment il pense que les autres le voient et comment il aimerait être idéalement. Cependant, proposer ce test peut s'avérer délicat car il est susceptible d'être interprété comme infantilisant par le patient. Il est primordial d'expliquer son objectif et de choisir des mots adaptés pour le présenter. À l'HDJ, comme les questionnaires sont remplis en autonomie et sans supervision, nous avons fait le choix de le modifier. En conservant les mêmes consignes, au lieu de dessiner, nous demandons à la personne de choisir parmi différentes silhouettes¹², classées de 1 (en situation d'extrême maigreur) à 10 (en situation d'obésité morbide). Cela nous donne des indices sur la façon dont le patient perçoit son corps, mais aussi quelle place il donne au regard des autres sur ce corps. Enfin, la dernière silhouette peut informer sur un éventuel décalage entre le corps actuel et le corps désiré : nous pouvons supposer que plus le décalage est grand, plus il y a une insatisfaction corporelle et plus le corps est source de souffrance.

Concernant le **tonus**, le patient obèse peut présenter une hypertonie globale ou au contraire une hypotonie. L'**examen du tonus**, et plus particulièrement les mobilisations passives, nous permet d'apprécier la typologie tonique du patient, ses capacités de relâchement, mais également comment le toucher d'autrui est reçu. Le toucher doit être franc, rythmique, contenant, afin de limiter quelque interprétation fantasmatique de la part du patient comme du thérapeute. Il doit se faire avec une méthode dite d'empaument, utilisant la paume de la main et non le bout des doigts, ce qui peut être désagréable. L'examen du tonus est également un outil intéressant pour apprécier la fonction respiratoire, et notamment son amplitude, sa longueur et sa régularité. Il est à noter que chez les personnes obèses, la masse abdominale peut restreindre les mouvements du diaphragme et, par conséquent, limiter la fonction respiratoire.

Nous évaluons également la **motricité globale**, car l'excès de poids peut constituer des freins à la mobilité et aux déplacements (Dalarun, 2019). Gaumet (2014) précise que les informations perceptives, qu'elles proviennent de l'environnement ou du corps propre, sont

¹² Cf. *infra*, annexe II p. IV

susceptibles d'être entravées par la présence de masse graisseuse en excès. Cela peut donc avoir un impact sur le déroulement du mouvement par manque de feedback sensoriel (proprioceptif, kinesthésique et vestibulaire) permettant l'ajustement moteur. Nous pouvons également supposer que le mouvement sera perturbé dans son amplitude : est-ce dû à des limitations articulaires ? Ou parce que le corps est trop lourd à porter ? Le mouvement est-il réduit dans le but de prendre le moins de place possible ? Souvent, lorsque la corpulence est importante, le patient est contraint de compenser musculairement et dans sa posture. Nous pouvons remarquer un polygone de sustentation qui est élargi, l'équilibre dynamique est fragilisé, tout comme les coordinations (Gaumet, 2014, p.22-23). Les appuis plantaires peuvent être précaires et s'organiser sur le bord interne ou externe du pied. Cela impacte la verticalité et l'axialité du sujet obèse. Pour observer la personne en station bipodale statique et dynamique, nous allons nous appuyer sur la **physiologie de la marche** selon le concept d'« anatomie par le mouvement » (Calais-Germain, citée par Gaumet, 2014, p. 54) ; ainsi que sur la notion de **typologie posturale** (Denys-Struyf, 2000).

Il est également intéressant d'observer les **praxies**. Ces gestes complexes sont le fruit d'une transmission suivie d'un apprentissage implicite ou explicite qui mène à son automatisation. Elles demandent une appréhension globale de l'acte, c'est-à-dire une intention consciente et dirigée ainsi que l'élaboration d'un programme moteur. L'**Évaluation de la Motricité Gnosopraxique** distale (EMG) de Vaivre-Douret est le test privilégié pour évaluer les capacités praxiques et d'adaptation motrice. Il est particulièrement pertinent car il permet d'observer l'investissement du corps et l'aisance gestuelle dans la relation. La situation duelle, en face à face, peut être intimidante pour le patient, qui se retrouve à devoir reproduire au mieux les gestes effectués par « une blouse blanche » avec une certaine proxémie.

Enfin, il semble pertinent d'observer l'intégration et l'investissement de l'**espace** et du **temps**, ainsi que le **rythme**, d'autant plus que ces notions sont assimilées conjointement avec celles de schéma corporel. Chez les personnes en situation d'obésité, nous nous intéressons plus spécifiquement à son rythme interne, et à ses capacités d'adaptation à un rythme extérieur. On observe régulièrement que les personnes ont du mal à ralentir, sont souvent dans un rythme de vie accéléré, surtout au niveau mental (on parle d'agitation mentale). Est-ce un moyen d'évitement pour moins ressentir son corps ? Est-ce pour lutter contre les stigmatisations qui caractérisent les personnes obèses comme étant feignantes et incapables ? En sollicitant le corps dans la relation, cela nous donne des informations sur le patient sur son investissement par

rapport à autrui. S'il est plutôt inhibé, est-ce par honte, timidité, auto-jugement déprécié, pensées obstacles ? Se met-il en retrait pour être moins exposé au regard de l'autre ? S'il semble à l'aise, nous allons pouvoir nous demander si c'est pour compenser un certain mal-être vis-à-vis d'autrui ou si c'est une attitude qui lui est naturelle. En psychomotricité, nous disposons de plusieurs tests pour évaluer ces composantes spatio-temporelles : le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl, les épreuves de rythme de Stambak et l'adaptation au rythme de Soubiran, entre autres.

c) Quels sont les freins ?

Les deux contraintes que nous rencontrons à l'HDJ sont liées à l'**espace** et au **temps**. En 2019, tous les mercredis matin étaient dédiés à la réalisation des bilans mais cela a été changé. Étant une clinique à but lucratif, ce temps de bilan a demandé à être remplacé par des questionnaires au détriment de l'observation clinique psychomotrice qualitative. Dans le contexte actuel, l'équipe recevant une vingtaine voire trentaine de patients par jour, l'organisation de bilans se révèle malheureusement compliquée à mettre en place d'un point de vue rendement pour la clinique. C'est une situation qui limite donc la psychomotricienne, qui aimerait réinstaurer les évaluations individuelles pour mieux connaître les patients et s'adapter au mieux à chacun. Cela fait également suite à une demande croissante d'accueil de patients par la clinique, limitant les professionnels au niveau temporel, la passation et le compte-rendu du bilan étant très chronophage.

De plus, les espaces dédiés à l'HDJ ne permettent pas d'effectuer les bilans cités précédemment. Quand bien même nous disposons d'une grande salle réservée à la pratique de l'activité physique et aux pratiques corporelles comme le Taï Chi ou encore l'expressivité du corps, celui-ci étant également un espace de passage pour les autres professionnels de la clinique. Nous retrouvons dans cette salle un espace plus petit, séparé par des paravents, utilisé pour les réunions d'équipe mais aussi lorsque les ateliers de diététique et psychomotricité se déroulent simultanément. La salle du médecin y est attenante. Il y a une salle de taille moyenne pour les ateliers de diététique et de psychomotricité (pour la relaxation et les groupes de parole). Celle-ci jouxte sur une petite salle réservée aux entretiens et séances individuelles. Comme nous pouvons le constater, il n'y a pas de salle privée et assez grande pour être adaptée à la passation de bilans, surtout pour l'évaluation de la motricité globale. Il est prévu qu'en 2024 l'HDJ intègre de nouveaux locaux afin d'offrir un espace plus propice aux expériences corporelles.

d) Ce qui est fait en pratique : le questionnaire en psychomotricité

Dès son entrée, nous proposons au patient un questionnaire qu'il doit remplir en autonomie. La psychomotricité dans l'accompagnement de l'obésité n'étant pas une évidence pour les patients, ce document comporte une explication simple et brève de son rôle thérapeutique : « Les ateliers de psychomotricité permettront d'appréhender votre relation à la nourriture, au corps et à votre santé. Pour cela, la psychomotricienne aborde les notions de gestion des émotions, d'image de soi et d'écoute des sensations corporelles ». Dans un premier temps, il est question de voir ce que le patient attend de la prise en charge en psychomotricité. Plusieurs items sont proposés afin de cibler au mieux les attentes de chacun, et cela incite le patient à considérer des attentes dont il n'avait pas forcément conscience auparavant ou ne savait pas les identifier.

Ensuite, nous interrogeons la **relation à soi** chez la personne obèse, grâce à un questionnaire¹³ créé dans le cadre d'une thèse de doctorat (Bertrand *et al.*, 2016). Faisant le constat que la relation à soi n'était pas concrètement abordée dans la littérature scientifique de l'obésité, ces différents professionnels ont décidé d'élaborer ensemble une échelle de mesure. Par la relation à soi, ils comprennent « les aspects perceptifs, émotionnels et comportementaux jugés déficients ou troublés chez les personnes obèses ». Plusieurs situations sont proposées et le patient observe la fréquence de certains comportements sur une échelle de 0 à 4, de « jamais » à « toujours ». Celui-ci est divisé en plusieurs catégories et indicateurs :

- **La qualité de vie** : le but est d'observer si le patient ressent une gêne physique et à quel niveau celle-ci le limite dans les activités de la vie quotidienne. Nous nous intéressons également au plan social, car les personnes en situation d'obésité sont susceptibles de se sentir en difficulté pour créer et/ou maintenir des liens sociaux.
- **L'adaptation au stress** : ce facteur est particulièrement intéressant car la gestion émotionnelle est l'un des grands axes thérapeutiques abordés en psychomotricité dans la clinique de l'obésité.
- **L'estime de soi** : cela permet d'avoir une vision globale sur la perception propre de la personne obèse à son égard et la valeur qu'elle se porte. Bien sûr, il sera pertinent de proposer un bilan plus complet et d'amorcer un accompagnement individuel si une défaillance importante dans l'estime de soi est révélée.

¹³ Cf. *infra*, annexe II p. II-V

- **Le rapport au corps et l'image du corps** : tout comme le point précédent, il semble primordial d'avoir une idée de la représentation que le patient a de son corps, ainsi que la façon dont il l'investit. Cela interroge également l'importance donnée au regard de l'autre, aspect dont les patients en situation d'obésité nous font souvent part.
- **Les conseils de santé et l'hygiène alimentaire** : cela permet d'évaluer l'observance des traitements par le patient s'il y en a.
- **Le comportement alimentaire** : nous pouvons ici interroger le rapport à la nourriture ainsi que la corrélation du comportement alimentaire avec l'environnement et les émotions.

Ce questionnaire est complété des tests avec la silhouette d'homme ou de femme, ainsi que le choix des trois silhouettes, décrits auparavant.

3. Cas clinique : rencontre avec Mme G.

a) Présentation de Mme G.

Septembre 2021

Mme G. revient aujourd'hui afin de recommencer un parcours à l'hôpital de jour, arrêté précocement en août pour motifs personnels. Quand elle se présente à l'HDJ le premier jour, nous rencontrons une jeune femme d'un mètre soixante-huit, à la chevelure brune et ondulée, aux yeux bleu-gris, vêtue de vêtements larges et sombres. Ses pieds foulent le sol, son corps se balance de droite à gauche, sa respiration semble haute et retenue. On peut observer qu'elle présente une typologie posturale antéro-médiane (Denys-Struyf, 2000) : elle semble s'enrouler, s'appuyer sur l'espace postérieur, ses épaules sont basses et arrondies, le menton semble reculé. Quand nous la saluons, elle nous répond d'une voix peu audible, et détourne rapidement le regard. Elle prend place dans le groupe, semble avalée par le fauteuil large qu'elle a choisi, au fond de la salle, près d'un mur. Elle agrippe son téléphone dans sa main gauche, ses mains sont rapprochées et son regard balaye brièvement l'espace avant de se fixer sur ses cuisses.

Anamnèse de Mme G.

Mme G. est une femme de 36 ans. Diplômée dans le secrétariat, elle a travaillé pendant 7 ans comme hôtesse d'accueil puis a démissionné, préférant rechercher un poste à temps plein. Elle est actuellement sans emploi et est suivie par un organisme au service de l'insertion des personnes handicapées. Après avoir habité seule quelques années, elle vit de nouveau avec sa mère depuis 6 ans. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle est la deuxième d'une fratrie de trois enfants, les relations intrafamiliales sont difficiles.

Elle est admise dans l'établissement à la demande de son médecin du service Nutrition, avec pour objectif une perte de poids en vue d'une chirurgie par sleeve. Sa motivation pour la chirurgie bariatrique est principalement externe, elle dit vouloir « changer d'image », et désire aussi se sentir mieux physiquement et psychologiquement.

Histoire de la maladie

Mme G. présente une **obésité de grade 3 constitutionnelle et acquise**. Sa prise de poids est donc apparue précocement, avant d'être aggravée par des facteurs favorisant à l'âge adulte. À l'examen médical d'entrée, son poids est de 124 kg pour 168 cm, déterminant un IMC à 44. On note des antécédents du côté paternel, avec surpoids et obésité. C'est une personne sédentaire, sans pratique sportive dans l'enfance ni d'appétence pour l'activité physique en général. Elle apprécie la natation mais n'ose pas se mettre en maillot de bain. Sa maladie a de nombreux retentissements somatiques, dont des lombalgies, gonalgies et un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAOS) mineur non appareillé. Elle dit rencontrer des difficultés à s'endormir et se réveiller plusieurs fois dans la nuit.

Mme G. a effectué de nombreux **régimes dès son adolescence**, car elle était très tôt en souffrance par rapport à sa silhouette, recevant de nombreuses critiques et reproches de la part de sa mère (de corpulence normale, décrite comme « obsédée par la minceur » et présentant une restriction cognitive importante). Elle a également subi du harcèlement moral dans l'enfance par ses camarades, puis dans le monde du travail par ses supérieurs et ses collègues. Mme G. présente des **troubles des conduites alimentaires** : une hyperphagie, une tachyphagie, des grignotages et une boulimie parfois accompagnée de conduites de compensation. On note que ses troubles se sont majorés après le décès de son père à 63 ans, atteint d'un mésothéliome

précédé d'un cancer des poumons. Sa prise de poids s'est accélérée après un épisode de névrite vestibulaire en 2019, puis pendant les confinements liés au contexte sanitaire (Covid-19).

Mme G. a développé une **anxiété chronique sévère**, pour laquelle elle est suivie depuis quelques années par un psychiatre, avec traitement médicamenteux. À son arrivée à l'HDJ, elle ne bénéficie plus de suivi psychiatrique car cela ne lui convenait pas. Elle poursuit cependant son traitement et est supervisée par son médecin généraliste. On note une certaine amélioration avec diminution des symptômes anxiodépressifs.

b) Évaluation psychomotrice de Mme G.

Il est demandé à Mme G. de remplir un questionnaire d'entrée en psychomotricité pour avoir une vision globale de ses habitudes de vie, ses motivations, ainsi que de sa relation au corps et l'impact du stress. Deux autres questionnaires sont proposés : celui de diététique permet d'avoir une vue d'ensemble sur le comportement alimentaire ainsi que la relation à l'alimentation, celui en APA permet d'identifier le niveau et le type de motivation à la pratique sportive et ce qui est déjà mis en place en autonomie.

Mme G. décrit deux **attentes quant à la prise en charge** générale à la clinique : faire plus attention à elle, prendre soin d'elle et gagner en motivation pour adopter des habitudes de vie plus saines. En psychomotricité, elle souhaite avoir une meilleure image de son corps. En effet, elle évoque ne pas aimer son corps (ce qui se traduit par des croix sur toutes les parties de la silhouette de femme). Elle dit donner une grande place au regard de l'autre. Au niveau des silhouettes proposées, nous pouvons affirmer la présence de gonalgies et de lombalgies provoquées par un tassement de vertèbres.

Concernant les **difficultés rencontrées dans la vie courante**, nous pouvons supposer que la perturbation du sommeil évoquée par Mme G. est susceptible d'avoir un impact sur ses relations sociales et loisirs, qui se révèlent pauvres. En termes d'activité physique, elle pratique la marche 10 à 15 minutes par jour. Nous relevons une amotivation pour la pratique sportive, et remarquons rapidement lors des séances qu'elle semble considérer l'activité physique comme une « torture » (selon ses dires).

L'**alimentation** de Mme G. est répartie sur trois repas par jour et une collation. On remarque une appétence pour les féculents et une faible consommation de légumes. Au niveau

du comportement alimentaire, on remarque de la restriction cognitive. Mme G. a conscience de son hyperphagie et l'évoque comme un trouble dissocié d'elle-même, qu'elle subit.

Dès les premières séances, nous remarquons de nombreuses manifestations anxieuses malgré le traitement antidépresseur et anxiolytique. Nous relevons également que Mme G. présente un schéma cognitif négatif, avec des pensées automatiques d'auto-dévalorisation du corps et de soi, ainsi qu'une **grande fragilité narcissique**.

En émettant l'hypothèse d'un **trouble de l'image du corps**, nous décidons, après concertation avec l'équipe complète, de mettre en place un suivi individuel en psychomotricité pour Mme G. À l'évocation de cette possibilité, la patiente semble particulièrement enthousiaste et exprime en ressentir le besoin. Les séances se dérouleront donc de façon hebdomadaire, de 9h30 à 10h, avant le commencement des autres ateliers. Il est décidé en amont que ma tutrice de stage mènera l'entretien, mais que je serai libre d'intervenir si je le souhaite. Les axes de travail sont, en priorité, l'**estime de soi**, l'**image du corps** et la **réappropriation de son corps**. Avec ces idées en tête, nous établissons une trame de bilan afin d'évaluer plus précisément comment Mme G. se perçoit et investit son corps. Celui-ci se déroule comme suit : après avoir accueilli la patiente, nous lui demandons de choisir cinq mots pour se décrire, puis lui proposons le test du dessin du bonhomme de Goodenough (revisité comme expliqué précédemment). Ensuite, la patiente est invitée à colorier le dessin avec deux couleurs identifiant les différentes parties de son corps ressenties comme agréables ou désagréables, puis à spécifier les moments de la journée où le corps est perçu comme agréable ou désagréable. Enfin, nous lui proposons le questionnaire « Habiter son corps » de Dalarun, puis lui remettons le questionnaire sur la relation à soi, à nous retourner la semaine suivante.

Le jour du bilan individuel, Mme G. arrive en avance, elle semble motivée bien qu'un peu anxieuse. Elle hésite avant de s'installer, ne connaissant pas la salle. Elle s'assoit presque au bord de la chaise, comme si elle voulait s'installer le plus vite possible pour ne pas déranger et/ou décaler le début de la séance. Sa respiration est courte, retenue, saccadée, plutôt dans l'espace thoracique. On observe peu de mouvements respiratoires. Elle présente des réactions de prestance tout au long de la séance : elle rit nerveusement, gratte compulsivement le haut de sa cuisse, serre fermement son téléphone comme si elle s'y accrochait pour ne pas tomber. Elle semble attendre que nous prenions la parole pour lui expliquer le déroulement de cette première séance ensemble. À ce moment-là, nous prenons volontairement un temps pour nous installer

confortablement, respirer profondément, afin d'inciter la patiente à faire de même à travers le dialogue tonico-émotionnel qui se joue dans la relation.

Puis, nous demandons à Mme G. comment elle se sent aujourd'hui, ce à quoi elle nous répond « Bien ». Nous l'invitons ensuite à commencer par un exercice de description de soi.

« Pouvez-vous choisir cinq mots pour vous décrire ?

Cinq mots pour me décrire ? Euh... Horrible, grosse, moche, dégueulasse, monstre... J'ai honte de dire ça...

Pourquoi avez-vous honte que ce soient les mots qui vous viennent ?

J'ai honte de penser ça de moi, j'ai vraiment honte...Je suis une cause perdue, une erreur de la nature, je n'ai que des défauts, aucune qualité. »

Cette phrase sonne sans appel, comme une vérité criante de souffrance. Mme G. semble présenter une estime d'elle-même fragile, entretenue par des mécanismes d'auto-dévalorisation.

Se dessiner

Puis, nous demandons à Mme G. de se dessiner, l'objectif étant d'observer comment elle se représente son corps¹⁴. Nous allons nous intéresser à ce qu'elle dit de ce dessin et non à la production graphique, ce que nous précisons plusieurs fois à Mme G. qui s'inquiète de « rater car [elle] ne sait pas dessiner ». Durant le dessin, elle se crispe en tenant le crayon, cassant la mine du critérium à plusieurs reprises. Tout son membre supérieur, du poignet à l'épaule, est hypertonique. Elle retient sa respiration à chaque tracé, le trait est tellement foncé qu'il est ineffaçable.

« Que pouvez-vous dire de ce dessin, Mme G. ?

Mon nez est gros, mon ventre aussi, mes bras et mes jambes... Tout est gros. Mes cheveux sont trop épais, ils ne ressemblent à rien, on dirait un casque. Puis ces petits trucs là... (en parlant de sa poitrine) »

En effet, nous pouvons observer que le volume du ventre est particulièrement important par rapport au reste du corps. Nous remarquons qu'elle ne sexualise pas du tout son corps, il y a comme une immaturité face aux parties considérées comme érogènes (ici, la poitrine). Dans ses

¹⁴ Cf. *infra*, annexe III p. VI

paroles, tout est qualifié par une notion de taille (« gros » « épais » « petits »). Le fait d'exprimer que « tout est gros » nous fait réfléchir : résume-t-elle son identité à ce corps « gros » ? N'arrive-t-elle pas à voir plus loin, à se penser en tant que sujet pourvu d'autres caractéristiques ? Peut-elle se considérer comme une femme ou reste-t-elle bloquée au statut de jeune fille ?

Puis, Mme G. choisit la couleur rose pour signifier ce qui lui est agréable dans son corps, et la couleur bleu ciel pour le désagréable. Elle colorie ses yeux en rose, et colorie tout le reste en bleu, de façon indifférenciée, comme une urgence de tout recouvrir, une décharge motrice et émotionnelle. Elle s'arrête de colorier au niveau de ses chevilles.

« Donc au vu de ces couleurs, vos yeux vous sont agréables ? Et qu'en est-il de vos pieds ?

Mes yeux sont normaux, mes pieds aussi donc je les supporte...

Vous les supportez ?

Oui, ils ont une taille normale, et au moins je peux les cacher. »

Nous voyons qu'elle utilise à plusieurs reprises le mot « normal », et semble considérer les zones corporelles « normales » comme la seule chose acceptable chez elle. Est-ce que la norme fait référence à tout ce qui n'est pas volumineux, correspondant à ce qui peut être observé chez les personnes qui ne sont pas en surpoids ? Ainsi, tout ce qui sortirait de cette norme serait-il considéré comme anormal par la patiente ?

Après cela, nous lui demandons de se dessiner telle qu'elle aimerait être idéalement, afin d'évaluer le degré d'insatisfaction corporelle¹⁵. Bien sûr, toutes ces observations sont qualitatives et sont à mettre en lien avec le discours de la patiente. La différence de volume entre les deux dessins nous indique que Mme G. présente une insatisfaction corporelle conséquente, principalement en lien avec son poids.

¹⁵ Cf. *infra*, annexe III p. VI

« C'est quoi pour vous d'habiter son corps ? Qu'est-ce que ça vous évoque ?

Mon corps ne me ressemble pas, c'est comme si ce n'était pas moi, dit-elle d'un seul souffle. »

À la prononciation de cette phrase, nous semblons percevoir ce qui se rapproche d'un vécu de dissociation psychomotrice : caractérisé par un clivage des sensations corporelles, des ressentis émotionnels et de la représentation mentale du corps. Cet état particulier est souvent observé chez les personnes obèses. Elles parlent de leur corps (et notamment leur ventre) comme étant séparé de leur appareil psychique, comme des entités ayant leur propre système, sur lequel elles n'ont pas le contrôle. À l'inverse, on peut observer un surinvestissement de la partie matérielle, la partie corps, avec une séparation de ses émotions voire de son imaginaire. « La rigidité de l'axe moteur cloisonne les différents centres (physique, émotionnel et psychique) qui ne communiquent plus entre eux à l'image d'une respiration souvent bloquée » (Dalarun, 2010, p. 251)

« Quels sont les moments où votre corps vous est le plus agréable ?

Il n'y en a pas.

Et ceux où votre corps vous est le moins agréable ?

Après manger, quand je mange trop. Il m'est souvent arrivé de me faire vomir, mais je le fais beaucoup moins car je crains de perdre mes dents. »

Chez Mme G., on observe une hyperphagie, parfois boulimique, associée à une tachyphagie. Dalarun (2010) émet l'idée que les TCA sont le reflet d'un état de dissociation psychomotrice. Dans les séances consacrées à la gestion des émotions, Mme G. précise « trop manger » lorsqu'elle est triste, et ressentir de la culpabilité ensuite. Cette décharge émotionnelle, ressentie comme seule solution pour elle, la renvoie selon ses mots à « une perte de contrôle d'elle-même » face à laquelle elle se sent impuissante.

Nous remplissons avec elle le questionnaire proposé par Dalarun¹⁶. Mme G. semble amusée par la tournure de certaines questions et certaines lui demandent plus de réflexion. Elle obtient un score total de 13 (sur maximum 40), la plaçant dans la catégorie « vous n’habitez pas souvent votre corps et c’est parfois un problème ». Pour repère, moins le score est élevé, moins la personne habite son corps. Nous remarquons donc que Mme G. habite son corps dans une certaine mesure, mais qu’elle rencontre des difficultés dans la vie quotidienne liées au fait de ne pas l’habiter pleinement. Nous reviendrons sur la notion d’habiter son corps dans la partie Discussion.

S’arrêter un instant pour ressentir

« Pouvez-vous fermer les yeux et prendre un moment pour sentir comment c’est maintenant dans votre corps ?

C’est normal.

Qu’est-ce que vous entendez par normal ?

Bah c’est normal quoi. Je ne sais pas comment expliquer... »

Nous remarquons, au début des séances tout comme pendant le bilan, que Mme G. présente des difficultés à développer ses ressentis et ses pensées. Nous pouvons nous poser la question d’une alexithymie¹⁷, identifiée lorsque « tout se passe comme si les sujets vivaient directement leurs émotions dans leur corps, court-circuitant ainsi l’élaboration mentale de leur vie affective et imaginaire » (Waysfeld et al, 2014, p. 147).

Une semaine plus tard ...

La semaine qui suit cette évaluation, je propose à Mme G. une initiation à la pratique du Taï Chi en groupe, afin d’apprécier de façon qualitative sa motricité globale, son rapport au temps, au rythme et à l’espace. Le Taï Chi est une pratique corporelle qui inclut des exercices énergétiques de la médecine traditionnelle chinoise. C’est une gymnastique douce, globale, basée sur la réalisation de mouvements continus, fluides et circulaires. L’exécution s’organise

¹⁶ Cf. *infra*, annexe IV p. VII

¹⁷ Cf. *supra*, II- 3. c) Habiter son corps, c’est le vivre émotionnellement p. 46

selon un ordre précis. En expérimentant la lenteur, le sujet est amené à développer sa conscience corporelle. Il y a tout un travail proprioceptif qui va permettre d'améliorer la posture. Une pratique régulière permet au sujet d'améliorer sa souplesse, ses équilibres statique et dynamique, ainsi que ses coordinations et dissociations. Pour les personnes obèses, cette médiation est particulièrement pertinente car elle tend à diminuer la tachyphagie. Grâce à la lenteur et à l'attention portées aux mouvements, associées à la respiration, un parallèle peut être fait avec la lenteur et l'attention lors du repas. Le patient réalise alors que prendre le temps et être attentif peut mener à enrichir le plaisir sensoriel lié à l'alimentation.

Chez Mme G., on peut observer une hypertonie globale (axiale et périphérique), avec des tremblements dans les membres supérieurs, des paratonies au niveau des poignets et des mains. Il y a un manque de fluidité du geste. La respiration de Mme G. reste haute, bruyante et saccadée, on observe parfois un tonus pneumatique. L'exercice semble particulièrement coûteux en énergie et en concentration, Mme G. ne parvient pas à lâcher prise pour ressentir pleinement les mouvements car le geste reste sous contrôle attentionnel. On remarque un équilibre dynamique précaire : le polygone de sustentation est élargi pour pallier la modification du centre de gravité, avec de nombreuses réactions de rééquilibration. Les appuis s'organisent sur le bord externe du pied, le déroulement du pas est limité, le pied se pose d'un coup et tape le sol. Mme G. s'organise dans l'espace de façon à éviter le miroir, elle s'oriente de façon décalée par rapport aux autres pour les regarder et prendre exemple sur eux pour être sûre de réaliser les « bons » ou du moins les mêmes mouvements.

c) Projet thérapeutique de Mme G.

Grâce à l'évaluation, nous avons une idée plus précise des attentes, des capacités et des difficultés de Mme G. sur le plan psychomoteur mais aussi concernant son mode de vie. Nous pouvons alors nous baser sur ces observations afin d'établir un projet thérapeutique au plus près de ses besoins. Les objectifs de soins généraux rassemblent les axes de travail spécifiques aux problématiques de Mme G., et décrivent une intention thérapeutique portée par l'équipe pluridisciplinaire vis-à-vis de la patiente. Nous en avons choisi quatre.

À court terme :

- **Développer les capacités physiques** et amener du plaisir dans l'effort pour diminuer la sédentarité.

- **Acquérir des connaissances en diététique.**

À moyen terme :

- **Investir la notion de « manger en pleine conscience »** afin de se reconnecter aux sensations alimentaires et réduire les compulsions alimentaires.

À long terme :

- **Gagner en autonomie et en confort de vie** (plus d'aisance corporelle, réduction des douleurs) en favorisant la perte de poids grâce à un accompagnement pluridisciplinaire.

Les objectifs thérapeutiques en psychomotricité comportent plusieurs grandes notions autour desquelles s'articule le projet de soin : la conscience corporelle, la régulation des émotions, l'image de soi, et la relation à la nourriture. Les séances de groupe ont pour objectifs :

- **D'encourager à l'écoute du corps** et notamment à la perception, l'identification et l'interprétation des sensations corporelles dont les sensations alimentaires ;
- **D'expérimenter et s'approprier différentes techniques** de relaxation et respiration afin d'aider à l'apaisement psychocorporel ;
- **De favoriser l'investissement corporel** pour aider à la réappropriation du corps, en passant par des techniques de conscience corporelle ;
- **D'appréhender sa relation à la nourriture** pour tendre vers un rapport à l'alimentation plus apaisé, aborder la place du corps et des émotions dans la relation à la nourriture.

En séance individuelle, nous basons nos objectifs sur des problématiques plus spécifiques au patient. Bien que différents dans leur dynamique, les deux types de prise en soin sont complémentaires et permettent d'adapter le projet thérapeutique. Pour Mme G., nous avons décidé d'axer le travail sur l'image du corps et l'estime de soi, en lien avec un éventuel trouble de l'identité. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le développement de l'identité de Mme G. a été perturbé par la relation fusionnelle qu'elle entretient avec sa mère, à laquelle s'ajoute un contexte de culpabilisation et de dévalorisation¹⁸. Nous nous attacherons aux objectifs suivants :

- Travailler sur les schémas cognitifs négatifs afin d'**améliorer l'estime de soi et l'image du corps** ;
- Aider à la **renarcissisation** et à la valorisation des progrès ;
- Favoriser la sollicitation des **ressources internes** ;
- Diminuer les symptômes anxio-dépressifs.

¹⁸ Cf. *supra*, II- 2. d) Compter sur et pour soi-même p. 38

Les moyens que nous mettons en place pour l'accompagnement en psychomotricité se distinguent en deux catégories¹⁹ :

- Les **techniques psychocorporelles** : relaxation active et progressive de Jacobson, exercices de respiration, relaxation passive inspirée de l'hypnothérapie et la sophrologie, modelage de la terre (poterie), outils de pleine conscience, méditation initiation à la pratique du Taï Chi ;
- Les **espaces d'échange et groupes de paroles** : faciliter la gestion de ses émotions, identifier ses sensations alimentaires et connaître les différents types de faim, appréhender sa relation à la nourriture, photolangage sur l'image du corps et de soi.

d) Suivi en psychomotricité de Mme G.

Le suivi en psychomotricité de Mme G. s'est déroulé sur vingt-et-une séances : quinze séances en groupe et six séances en individuel. J'ai choisi d'illustrer le suivi avec trois séances qui, selon moi, décrivent au mieux les enjeux de la prise en soin et l'évolution de Mme G.

L'image de soi en couleurs

Cette séance a été proposée à Mme G. la semaine suivant le bilan. C'est un exercice inspiré de l'hypnothérapie et issu d'un atelier d'habitude proposé en groupe s'intitulant « L'image de soi en couleurs²⁰ ». Lors de cette séance, le patient est avant tout invité à prendre conscience de ses pensées envers son corps et à les accepter comme elles viennent, dans le but de favoriser l'indulgence envers soi-même et ses propres jugements. Cela permet de travailler sur l'estime de soi, et plus particulièrement d'aider à la renarcissisation en formulant des pensées bienveillantes et positives envers soi-même. La finalité de l'exercice permet au patient de se penser comme un tout, une personne complète, et pas seulement un corps malade. Lorsque je propose cette séance en groupe, j'amène tout d'abord une réflexion sur « Qu'est-ce qui constitue une personne ? ». Cela incite les patients à se rendre compte que l'être humain n'est pas qu'un corps : il est dynamique, composé de parties organiques et d'autres métaphysiques. Cette séance permet de tendre vers l'acceptation de soi, dans sa globalité. Cela me semblait particulièrement pertinent pour Mme G., qui est fixée sur son apparence.

¹⁹ Ne sont cités ici que les ateliers auxquels Mme G. a participé.

²⁰ Pour plus de lisibilité, la séance d'hypnose est retranscrite en annexe. Cf. *infra*, annexe V p. VIII-IX

J'invite Mme G. à s'installer confortablement, et à se concentrer sur sa respiration et à ressentir ses points d'appui au niveau de la chaise et sur sol. Elle garde les yeux ouverts, puis les ferme et les rouvre pour me demander si elle doit les laisser ouverts ou les fermer. Elle va les ouvrir de nombreuses fois au cours de la séance, cherchant un contact visuel avec le thérapeute. Au cours de la séance, les propos de Mme G. restent axés sur son apparence et évoquent des pensées négatives envers son corps. Elle s'accroche à ses élaborations psychiques, il est alors nécessaire de l'étayer afin de l'accompagner à revenir aux sensations corporelles. Je l'encourage à prendre un temps pour ressentir à quel niveau se situe sa respiration. Je l'incite aussi à en repérer l'amplitude, le rythme, la fluidité, et ce tout au long de la séance. Au début de la séance, des réactions de prestance sont présentes. Sa respiration est saccadée et peu ample lorsqu'elle évoque des points négatifs, et s'apaise, s'amplifie au fur et à mesure de la séance et à l'évocation de mots et pensées positives. Nous voyons qu'au cours des suggestions, elle répond systématiquement et rapidement aux questions, elle semble vouloir garder un lien verbal continu avec le thérapeute.

Cette situation soulève plusieurs questions : appréhende-t-elle de se retrouver face à elle-même, de se confronter à son intériorité si elle ferme les yeux ou ne parle pas ? A-t-elle besoin d'un soutien de la part du thérapeute afin d'effectuer les propositions ? Et, au-delà d'un soutien, attend-t-elle une validation ? Ces questionnements m'incitent à penser la relation et ses enjeux, à travers notamment la fonction contenante, décrite par Ciccone (2001). Parfois, la chose la plus thérapeutique pour le patient, c'est simplement d'être accueilli pour pouvoir transférer son bagage émotionnel sur quelqu'un d'autre. Cet autre doit être capable de renvoyer ces vécus sur un autre mode émotionnel. Certains éléments (pensées ou impressions sensorielles, non intégrables comme tels par le psychisme) vont être transformés par le thérapeute, comme le fait la mère avec son enfant, selon la fonction alpha de Bion. Ainsi, le simple fait d'être présent, d'être un réceptacle (comme je le suis à cet instant pour Mme G.), et de supporter d'entendre les préoccupations et angoisses massives et de les organiser de façon psychologiquement assimilable pour le patient est déjà thérapeutique en soi. En ayant un soutien vivant, il va pouvoir être reconnu pleinement dans son existence en tant que sujet, lui qui souvent se réifie en objet de soin.

Le mode d'expression par la parole est tout à fait pertinent, même si le psychomotricien n'est pas un psychologue : notre voix, par sa tonalité, le discours choisi, notre présence à l'autre, contient et apaise. Elle valide, recueille le ressenti, et apporte une certaine sécurité interne, permettant à son patient d'être sur un mode régressif. Cette contenance par l'enveloppe sonore, permet d'investir un sujet avant d'investir un patient au corps « défaillant ».

Nous pouvons observer que les pensées positives qui s'imposent chez Mme G. relèvent du regard de l'autre et de l'être en relation. Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que Mme G. décrive un corps idéal, on voit que ce qui compte le plus pour elle, c'est d'être perçue aux yeux des autres comme « belle » (pour elle, belle = mince, le mot choisi relève d'une vision fortement intriquée des standards de beauté et de la diet culture), mais aussi de ressentir l'amour qui lui est porté. Comme si, être grosse l'empêchait de compter pour les autres, comme si cela la rendait insignifiante et qu'elle ne s'estimait pas légitime à être aimée. Cela pose question au niveau identitaire : est-ce une pensée qu'elle a développé vis-à-vis du comportement de sa mère, qui lui imposait des régimes et lui renvoyait l'idée qu'être en surpoids était mal et qu'il lui fallait absolument changer ? A-t-elle profondément intégré les stéréotypes liés aux personnes obèses et s'est construite sur cette base de dévalorisation et d'auto-jugement ?

À la fin de la séance, elle nous dit qu'être gentil est une chose normale et pas une qualité, comme nous qui sommes gentilles de prendre du temps pour la recevoir. Elle semble presque s'excuser de nous faire travailler, de prendre du temps pour elle. Nous pouvons imaginer qu'elle veut se faire toute petite, afin de ne pas déranger l'autre : autre qui, en face, représente le corps idéal et ce à quoi elle aspire. Nous pouvons nous demander si, dans le cas où la personne en face est également en situation d'obésité, elle ose investir davantage la relation, en se mettant sur un pied d'égalité, car tout est une question de corps, gros ou mince, et non de personne. Le corps, semble résumer pour elle ce que représente une personne dans sa qualité d'être.

Le modelage de la terre

Le modelage permet l'accès à la symbolisation, il met en jeu la fonction de préhension. Il favorise l'émergence des images mentales, un abandon du contrôle et une mise en forme du non représentable lié à l'image inconsciente du corps. C'est particulièrement intéressant de l'utiliser avec Mme G. pour travailler sur l'alexithymie mais aussi la prise de conscience corporelle et de ses représentations liées au corps. Dans cette proposition, nous ne recherchons

pas le beau, l'esthétiquement acceptable, mais au contraire la capacité à se laisser guider par ses sensations corporelles. Le contact avec la terre, les yeux fermés, permet de se reconnecter à ses sensations internes et aide à se représenter tel que l'on se perçoit, avec pour seul repère ses ressentis. Le modelage encourage pleinement à l'écoute du corps et à l'attention soutenue à soi.

En premier lieu, la psychomotricienne présente le matériel et la méthode qu'elle utilise pour modeler une silhouette. Puis, elle invite Mme G. à prendre un temps de mise en disponibilité, sous forme de scan corporel. Ensuite, c'est le moment d'entrer en contact avec la matière, avec l'énonciation d'une consigne simple : « Modeler votre corps, les yeux fermés, simplement à l'aide de vos sensations ».

Mme G. réussit à rester les yeux fermés tout au long de la séance et à effectuer la proposition. En ouvrant les yeux, elle a de fortes réactions de prudence : rire, frottement des mains. Elle s'exclame presque aussitôt, disant de son modelage qu'il est « mal fichu » et qu'elle trouve que ça la représente bien. Elle semble être restée dans des pensées figées, envahissantes et entravant l'accès aux ressentis internes. En effet, dans son modelage, nous voyons qu'elle représente tous les critères qu'elle juge péjoratifs (« Toute la masse, partout, mes cheveux casque, mes bras flasques, mon gros nez », précise-t-elle). Ses représentations liées au corps apparaissent donc fortement teintées d'affect négatif. Cela concorde avec les observations lors du bilan. Lorsque nous l'interrogeons sur les sensations qui l'ont traversée durant le modelage, elle dit ne pas savoir. Cela renforce l'hypothèse d'une alexithymie. Mme G. évoque avoir trouvé la matière agréable à travailler, et souhaite refaire ce travail chez elle. C'est la première fois qu'elle exprime un intérêt aussi marqué pour une proposition. Le côté plus manuel, libre et artistique semble lui avoir plu.

Projets d'avenir

Pour clôturer la prise en charge et encourager Mme G. à poursuivre ses efforts, nous lui avons proposé une séance qui relève davantage de la méthode ETP que de la psychomotricité à proprement parler. En formulant des objectifs de vie et de santé réalistes et atteignables, le patient engage une réflexion personnelle sur ses désirs propres, tout en restant dans la confrontation au réel, et non pas des idéaux qui, souvent inatteignables, sont alors source de déception et d'auto-jugement. L'écoute de soi est primordiale, mais dans ce cas, elle ne concerne pas les sensations corporelles, elle convoque les envies et la motivation. Un processus

d'auto-valorisation, en sollicitant ses ressources internes, se met en place. Le patient est encouragé à identifier les étapes de la mise en place d'un projet : on peut alors observer ses capacités de planification. Une fois le projet établi, il est important d'identifier ses motivations, ses freins et ses ressources à la mise en place de l'objectif. Cela favorise l'auto-valorisation : je suis capable car je peux m'appuyer sur cette qualité que je possède, je ne dépends pas de l'autre. Nous avons également proposé à Mme G. un travail sur l'identification de ses pensées obstacles, car elles sont omniprésentes et freinent sa progression.

Elle formule deux souhaits, qui lui viennent assez spontanément : « Je souhaiterais trouver du travail » et « J'aimerais avoir mon chez-moi ». Il lui est également aisé de trouver ce qui la motive à accomplir ses objectifs. Elle évoque plusieurs fois l'envie, très forte, d'avoir son indépendance, pour dit-elle « être vraiment adulte ». Nous pouvons nous demander alors ce qu'il en est de son identité sociale : célibataire, sans enfant, sans emploi, vivant au domicile familial. Cela peut faire penser à la situation d'un enfant en cours de développement, dépendant des autres pour vivre. Trouve-t-elle des bénéfices secondaires à cette situation ? On peut se le demander car tant que l'on est dépendant de l'autre, on n'a pas à se préoccuper de soi, on peut se mettre à distance. On peut ne pas être responsable de sa propre personne. Mais sait-on alors vraiment qui on est si l'on ne se confronte pas à soi-même ? Qu'en est-il du sentiment d'identité, et qui plus est de sa qualité d'être ?

Au-delà de ne pas correspondre aux critères de beauté établis par la société occidentale, Mme G. subit les répercussions sociales liées à l'obésité : une combinaison de facteurs sociaux (vie familiale, personnelle, professionnelle, etc.) l'enferme dans un cercle vicieux dans lequel elle voit sa qualité de vie détériorée. Mme G. décrit un sentiment d'inutilité, elle dit ne pas trouver sa place dans la société. Pour ses recherches d'emploi, elle semble attirée par les lieux qui recherchent l'opposé de ce qu'elle est : dans des enseignes où le physique définit la marque. Elle subit du rejet de la part de nombreux employeurs, de façon implicite ou explicite. Il est intéressant d'observer cette dynamique car le rejet du corps, le jugement d'une personne reposant exclusivement sur des critères physiques, c'est ce qu'elle connaît depuis toujours, que ce soit à l'école, au travail, ou dans la famille. Se conforte-t-elle dans ce genre de situation, car c'est ce qu'elle a toujours connu de la relation à l'autre ? Au cours de la discussion, elle émet de nombreuses pensées d'auto-dévalorisation « Je ne vauds rien », « Je n'arriverai jamais à rien », « Je ne sers à rien », « Je suis bête, grosse et moche ». Elle semble identifier ses pensées obstacles comme étant la réalité, et est persuadée que tout le monde pense cela d'elle. À quel

point la stigmatisation et la discrimination ont-elles fragilisé ses assises identitaires ? Quel sont leurs répercussions sur l'investissement du monde extérieur et de la relation à l'autre ?

De plus, le fait que Mme G. ne se considère pas comme une adulte pose question au niveau de son intégration psychique et corporelle. En effet, lors du dessin, elle avait décrit sa poitrine comme « ces petits trucs », qu'en est-il alors de l'intégration du corps sexué ? Elle évoque plus tard être inquiète de déménager car elle s'inquiète pour sa mère, qui se retrouvera seule. Qu'en est-il du processus de séparation-individuation ? Se sent-elle obligée de rester proche, de rester à sa place infantile, afin de ne pas perturber la dynamique familiale qui s'est mise en place depuis le décès de son père ? Quel impact psychique a eu cette perte, dans le ressenti du lien et des ruptures ?

Ensuite, Mme G. évoque le souhait d'avoir « une bonne santé sans qu'elle ne se dégrade ». Elle décrit avoir une bonne santé comme « être plus mince, ne pas avoir les choses liées à l'obésité, me sentir mieux dans mon corps ». Ces motivations portent sur l'apparence physique « Pouvoir mettre de beaux vêtements », mais aussi son ressenti envers sa propre personne « Pouvoir un peu plus me tolérer », et enfin le regard de l'autre « Être acceptée et aimée ». On observe alors un certain optimisme à la fin du parcours à l'HDJ, elle semble se projeter et vouloir mettre des choses en place.

e) Conclusion du suivi de Mme G.

Mme G. a bénéficié d'un suivi global sur quinze semaines (prolongé par rapport aux douze semaines réglementaires). Un suivi psychologique hebdomadaire a également été mis en place afin d'appréhender les troubles anxieux et les difficultés de l'affirmation de soi²¹, ces problématiques étant fortement intriquées aux perturbations alimentaires relevées chez Mme G.

Au terme de l'accompagnement, on observe que Mme G. a une attitude plus ouverte et confiante, elle a plus de facilité à s'exprimer et s'expose davantage lors des séances, autant en groupe qu'en individuel. Cela contraste avec l'attitude sceptique qu'elle présentait au début du parcours, dubitative sur le fait de n'être suivie qu'une fois par semaine. On note une

²¹ Cf. *infra*, IV- 1. b) Prendre sa juste place : s'affirmer au sein d'une société narcissique p. 78

amélioration de la restriction cognitive, Mme G. dit faire aujourd'hui plus attention à ses sensations alimentaires (faim et satiété). Elle met cependant au premier plan ses comportements hyperphagiques, sur lesquels elle souhaite travailler.

Au vu de la fragilité de Mme G., la poursuite du projet de chirurgie bariatrique dépendra d'une évaluation psychologique solide. L'équipe a particulièrement insisté sur la vision à long terme des résultats et sur la mise en place d'objectifs raisonnables à court terme, dégagés de l'objectif purement pondéral. Mme G. semble s'être approprié cette idée et exprime qu'au-delà de perdre du poids, elle souhaite avant tout diminuer les comorbidités dont elle souffre.

Mme G. semble présenter une grande motivation et envie de changement. Cela fait suite à la satisfaction ressentie au vu des mesures corporelles : même si son poids est resté sensiblement le même, il y a eu un changement dans ses mensurations, elle s'est affinée. Nous observons donc chez Mme G. une envie de continuer les efforts. Elle pense mettre en place la pratique d'activité physique au minimum une heure par semaine, la pleine conscience au moment des repas ainsi que les exercices de cohérence cardiaque. L'expérience de nouvelles techniques psychocorporelles a ainsi permis à Mme G. de laisser place à des pensées neutres, faisant moins obstacle à sa progression, mais cela reste précaire. Il lui est conseillé de poursuivre le travail en ville avec un thérapeute spécialisé en Thérapies Cognitives et Comportementales. Le travail principal porte ainsi sur l'affirmation et la confiance en soi afin de poursuivre les changements de façon durable, et les intégrer à son mode de vie. Il pourrait être intéressant de compléter avec un suivi en psychomotricité avec un spécialiste de l'obésité proposant des expériences psychocorporelles, pour travailler autour de la question « Perdre du poids pour s'accepter ou s'accepter pour perdre du poids ? ». Cela est d'autant plus pertinent que Mme G. exprime le besoin d'être accompagnée et soutenue pour gagner en assurance et autonomie.

IV- DISCUSSION

Dans cette dernière partie, j'aborderai plusieurs sujets faisant écho à l'identité corporelle chez les personnes obèses. Dans un premier temps, je m'attacherai à la notion d'affirmation de soi et son importance dans une société où l'apparence corporelle est au premier plan. Puis, je questionnerai les avantages mais aussi les limites d'habiter son corps. Enfin, je mettrai en

lumière l'importance d'un juste positionnement thérapeutique lorsque l'on travaille auprès des personnes obèses sur l'investissement du corps sur le plan physique comme psychique.

1. Être gros : une atteinte à l'identité ?

Lorsque la haine s'enflamme, elle enveloppe le corps et l'âme.

(Ramdane Hocine)

a) Comment l'autre participe à notre identification

Nous évoluons dans une société où l'image et l'idéal du Moi prédominent sur la santé physique. Or, l'être humain est un être social, il va chercher à s'intégrer au groupe dans lequel il évolue et en rechercher l'approbation. Le modèle culturel actuel tendant vers une survalorisation du mince et du « beau »²², nous observons une recrudescence des pathologies du narcissisme fragilisant l'identité. Cela peut s'expliquer par le statut du corps comme lieu central de l'identité (Vigarello, 2010). Étant porteur de l'histoire d'un sujet et de ses stigmates, il est alors possible d'entrevoir ses vécus personnels à travers son expression corporelle. Gauchet alerte sur l'apparition d'un cogito corporel : au-delà de se définir par son corps, le sujet « est » son corps (cité par Vigarello, 2010). Ainsi, perdre du poids peut amener un bouleversement identitaire, voire à un ressenti d'abandon de soi.

Aujourd'hui, les personnes obèses sont amenées à **vivre dans un corps qui est autant celui de l'autre que le sien**, car leur perception d'elles-mêmes est constamment teintée du regard de l'autre et ce qu'il en dit. Nous observons l'émergence d'un droit de regard sur le corps de chacun, par l'articulation de deux dynamiques sociétales : « la présence croissante de l'exigence du mince [et] la présence croissante de la dénonciation du gros ». (Vigarello, 2010, p. 15). Étant donné ce contexte stigmatisant, la personne en situation d'obésité est susceptible de ressentir son corps comme traître, déloyal, et ainsi voir son sentiment d'identité mis à mal.

Vigarello (2010) évoque l'hypothèse de trois sentiments de trahison liés au corps gros, qui s'observent à plusieurs niveaux. Le premier, c'est la **désignation par l'autre de ce corps comme « gros »**. Or, les personnes grosses étant vraisemblablement déconsidérées dans la

²² Nous pouvons même les utiliser comme synonymes.

société occidentale, des mécanismes d'auto-dévalorisation émergent et se pérennisent. Le deuxième sentiment de trahison est interne : la personne grosse est confrontée à un **corps qui lui résiste**. Son corps demeure ou redevient inlassablement gros malgré les efforts d'amaigrissement fournis et les pertes de poids temporaires. Cela participe à accroître le sentiment de culpabilité et d'incapacité. Enfin, le troisième sentiment de trahison est lié à la **réalité matérielle du corps** : la personne est « contrainte » de vivre avec ce corps, car elle ne peut pas s'en débarrasser dans l'immédiat même si c'est son plus grand souhait. C'est comme si le sujet vivait perpétuellement dans l'attente d'autre chose que ce corps qui est là. Pour Mme G., son identité semble réduite à ce corps qu'elle rejette et dont elle se dissocie.

Mme G., lors de l'évaluation psychomotrice

« C'est comme si on avait décidé que j'aurai ce corps là, au hasard, et que je me retrouvais coincée dedans sans pouvoir rien faire. »

Au-delà du sentiment de trahison, le regard social conduit les personnes obèses à ressentir de la honte envers leur corps. Bourque parle même de perversion du rapport au corps : c'est comme si la personne voyait son corps uniquement par le prisme de la honte qu'elle ressent et de la haine qu'elle lui porte (2010). Si le corps résume l'identité, alors il y a une généralisation de ces sentiments à la personne dans sa globalité, comme nous pouvons le percevoir dans le discours de Mme R.

Mme R., lors d'un atelier sur la respiration

« Je ne suis capable de rien, vous le voyez bien, je suis grosse et nulle. »

La plupart des personnes obèses tendent à manifester une identité dite « négative », créée par l'intégration du regard social (Bourque, 2010). Elle résulte de situations successives d'exclusion, de discrimination, d'abandon, ici en lien avec leur poids. Ainsi pointées du doigt, elles vont alors intégrer le fait que leur surpoids fait d'elles des personnes dépourvues de volonté, de valeur, voire non dignes d'être respectées par les autres. Elles internalisent ainsi une image d'elles-mêmes dégradée et présentent une estime de soi défaillante, comme cela semble être le cas pour Mme R. ou Mme G.

b) Prendre sa juste place : s'affirmer au sein d'une société narcissique

Comme nous venons de le voir, la société barre l'accès aux personnes grosses, elle les dénonce, les discrimine, cherche à les isoler pour que le monde continue de tourner comme elle l'entend. Alors, comment réclamer sa place et s'incarner dans un monde qui nous rejette ?

Aujourd'hui, dans une société où tout va plus vite, il semble difficile de s'ancrer dans la réalité : il y a une tendance à se mettre de côté pour pouvoir suivre le rythme et répondre aux exigences sociétales. L'affirmation de soi²³ paraît alors pertinente pour tenter d'inverser la cadence : elle incite au respect de soi-même et à la reconnaissance de sa valeur et permet ainsi de consolider les assises identitaires. Comme nous l'avons observé à travers les différentes vignettes cliniques, il persiste souvent des pensées automatiques négatives qui peuvent bloquer l'affirmation de soi. Des ateliers tels que « L'image de soi en couleurs » permettent au patient de verbaliser des pensées positives envers son corps et ainsi de commencer à s'affirmer.

Et concrètement, comment s'affirmer ?

L'affirmation de soi se fait à plusieurs niveaux : verbal, non verbal et paraverbal. (Chaperon, 2010). Oser prendre sa place, c'est assumer qui on est et ce que l'on pense : cela participe à asseoir son identité. Il y a nécessité d'employer le « Je », de parler de soi. C'est notamment ce que nous encourageons lors de l'atelier « Projets d'avenir ».

Cela passe également par une posture et une gestuelle particulière, que Chaperon qualifie de « calmes et ouvertes » (2010, p. 237). La qualité de l'intégration de l'axe corporel en dit beaucoup sur la structuration psychocorporelle d'un individu. Pour adopter un comportement affirmé, le sujet va convoquer ses appuis corporels, précis et solides, pour s'ancrer dans le sol, être stable, tenir droit, tout en pouvant bouger avec fluidité. Le contact visuel est aussi très important. Les personnes en situation d'obésité ont tendance à avoir le regard fuyant, probablement car elles craignent d'être jugées par l'autre aussi durement qu'elles se jugent elles-mêmes. En effet, soutenir le regard de l'autre, c'est oser être vu, et donc être à risque d'exposer ses failles identitaires. La proxémie est également un élément qui prime dans la relation à l'autre et qui est mis à mal chez les personnes obèses. Comment adopter la bonne

²³ L'affirmation de soi consiste à « savoir exprimer ses pensées, ses émotions et ses désirs tout en restant à l'écoute des pensées, émotions et désirs de l'autre. » (Chaperon, 2010, p. 230)

distance par rapport à l'autre ? Lorsque l'on vit dans un gros corps, il y a souvent une envie de se faire plus petit, de prendre le moins de place possible, par peur d'envahir l'autre. Alors, il est intéressant de travailler cette distance interpersonnelle pour permettre un ajustement dans la relation et un certain équilibre dans l'investissement de l'espace.

La communication paraverbale est aussi à prendre en compte dans l'affirmation de soi. Au premier plan dans les interactions précoces, c'est notre voix qui nous a permis d'exprimer nos besoins et nos affects lorsque nous n'étions pas encore pourvus du langage. L'ajustement de la voix, de la prosodie, de la tonalité mais aussi du discours va être important pour améliorer la qualité de la communication.

Ainsi, l'affirmation de soi vient convoquer le sujet autant au niveau posturo-moteur qu'au niveau psychique, affectif et relationnel. C'est un réel travail qui amène à remanier l'identité psychocorporelle, et la psychomotricité y participe activement.

c) L'apport de la psychomotricité dans ce soutien à l'identité

L'objectif de la psychomotricité, c'est d'amener le sujet vers une unité psychocorporelle par une mise en mouvement de l'Être (ensemble corps-esprit). Chez les personnes obèses où le corps est au premier plan, le travail en psychomotricité ne vise pas la perte de poids mais va concerner la question de « vivre dans un gros corps » et son retentissement au niveau psychocorporel.

Bourque exprime l'idée suivante : « Pour que la personne en surpoids fasse la paix avec son corps, elle doit d'abord se défaire de l'idée que celui-ci est son ennemi » (2010, p. 223). Selon lui, le rôle premier du psychomotricien va être de déconstruire les croyances internalisées (notamment liées à la culture du mince) et de favoriser l'investissement du corps ainsi que le renforcement de l'estime de soi. L'accompagnement en psychomotricité permet d'aider la personne à rétablir une relation positive à son corps, à prendre confiance en lui et en soi. Pour cela, le travail en psychomotricité s'organise tant au niveau sensitif, sensoriel, cognitif et émotionnel qu'au niveau moteur pour que le sujet puisse « Habiter son corps ».

2. Habiter son corps : une simple affaire de volonté ?

Habiter son corps, selon Dalarun, « c'est se rendre présent à ses sensations, c'est respecter son corps dans ses capacités et ses limites, c'est s'autoriser à être soi avec les autres » (2021). Ainsi, habiter son corps fait référence à la présence à soi, à l'écoute corporelle et psychique, pour pouvoir évoluer en accord avec ce que notre corps nous dit. Ce concept semble donc revêtir des aspects positifs, permettant au sujet d'atteindre une harmonie psychocorporelle et d'améliorer la relation à soi mais également aux autres. Nous pouvons imaginer qu'habiter son corps peut donc renforcer l'identité psychomotrice chez les personnes obèses.

a) Habiter son corps pour asseoir son identité

Même si la question d'habiter son corps concerne toute personne humaine quel que soit son poids, sa culture ou autre, c'est une question particulièrement cruciale chez les personnes obèses. Prenons l'exemple des femmes. Évoluant dans une société patriarcale, elles doivent redoubler d'efforts pour être respectées par les hommes, car elles sont souvent réduites à leur apparence corporelle au détriment de leurs capacités sociales et cognitives. Aussi, les femmes en situation d'obésité sont susceptibles d'être stigmatisées sur leur apparence corporelle en plus de voir leurs qualités personnelles et professionnelles vues à la baisse. Elles ont donc tout intérêt à s'appuyer sur leur corps et son volume pour asseoir leur identité.

En habitant leur corps, en étant droites dans leur axe et stables sur leurs appuis, elles s'affirment et imposent une certaine carrure, stature. Cette posture affirmée leur est particulièrement utile lorsqu'elles évoluent dans un poste à haute responsabilité où le mépris sexiste règne encore car elle permet de mettre une distance physique avec les hommes (et plus globalement les autres individus susceptibles de la juger négativement). Assumer leur poids leur permet ainsi de s'installer avec assurance dans ce statut social. Elles prennent fièrement leur place et la revendiquent.

b) Mettre son corps à distance : une tentative de protection

Habiter son corps est une notion qui paraît être une solution miracle pour asseoir son identité et évoluer de façon plus sereine. Même si à première vue, cela ne présente que des avantages, il faut bien reconnaître qu'il existe des limites et que ce n'est pas accessible à tous.

Ignorer la douleur

Habiter son corps suppose de se rendre disponible aux sensations qui le traversent. Mais ce n'est pas si évident lorsque le corps crie douleur. **Sentir son corps** revient alors à **sentir la douleur**, les sensations agréables n'ont plus leur place, elles sont englouties par le déplaisir, la détresse, la souffrance. Alors, pour continuer à vivre, et simplement accomplir des activités de la vie quotidienne, l'individu a tout intérêt à se couper de ses sensations désagréables. Or, comme le corps-douleur est entremêlé au corps-plaisir, c'est de tout leur corps dont elles se dissocient.

Conserver son appartenance au groupe

Nous avons vu que certaines obésités pouvaient être dues à une prédisposition génétique, et donc s'inscrire dans un contexte héréditaire. Lorsque c'est le cas, nous observons souvent des familles entières dont tous les membres présentent une obésité, plus ou moins importante. C'est comme s'il y avait un contrat implicite entre les différents membres, une condition pour faire partie du cercle familial. Alors, où se placer dans cette dynamique lorsque nous souhaitons perdre du poids ? Maigrir implique-t-il d'**abandonner sa place dans le cercle familial** ? Ainsi, l'individu peut être confronté à un dilemme : s'il souhaite perdre du poids pour s'ajuster aux normes sociétales, ne risque-t-il pas d'y perdre son identité ?

Son corps comme bouclier

L'obésité peut également survenir à la suite d'évènements traumatogènes, tels qu'un décès ou des vécus violents (de nature sexuelle, physique ou psychologique). L'individu va alors se protéger et, par la création d'une enveloppe grasseuse, se rendre moins vulnérable aux yeux des autres. Il érige une sorte de **barrière physique** ayant un « rôle tampon » : c'est ce que Peuteuil théorise comme le **Moi-graisse**, en référence au concept de Moi-peau d'Anzieu (2010).

La graisse permet d'isoler l'individu des éventuelles effractions externes comme internes. Elle le protège et intervient comme mécanisme de défense pour qu'il puisse conserver son intégrité psychocorporelle. La nourriture absorbée en très grande quantité joue également un rôle anesthésiant, en atténuant les ressentis émotionnels, en les « étouffant » en quelque sorte. Nous pouvons nous demander si c'est le cas chez Mme L., qui disait manger pour calmer ses pensées incessantes. Or, quand on mange, on ne peut pas parler (souvent, on ne s'entend pas penser non plus) : il devient donc impossible d'exprimer verbalement sa douleur, sa détresse : on ne peut pas la crier « à corps et à cris », alors son expression passe par le remplissage du corps. Dalarun nous invite à considérer l'obésité dite « traumatique » et à considérer tout l'impact de l'agression sexuelle dans l'apparition du corps gros : « Par manque de capacité élaborative, par manque de symbolisation langagière, le gros corps devient alors le blason de la souffrance de la personne traumatisée sexuellement » (2020).

3. Moi, thérapeute

Comme nous avons pu l'exprimer tout au long de ce mémoire, le psychomotricien a une place de choix dans le travail sur l'identité psychomotrice des personnes obèses. Au regard des problématiques comme l'affirmation de soi, l'axialité ou encore les émotions, le psychomotricien va s'engager corporellement dans le soin et accompagner la personne dans l'élaboration d'un Soi cohérent, unifié et habité. J'amorcerai dans cette partie une réflexion concernant mon positionnement de thérapeute auprès d'adultes en situation d'obésité.

a) Le corps du thérapeute au cœur de la relation de soin

Lorsque j'ai entrepris mes études de diététique, je me questionnais déjà beaucoup sur la médecine de l'obésité et notamment son aspect psychosocial. J'étais particulièrement sensible aux questions de grossophobie, je regardais de nombreux documentaires pour essayer de décrypter ses phénomènes, sans vraiment pouvoir expliquer pourquoi. Après une première expérience fructueuse dans ce domaine en tant que stagiaire diététicienne, je décide de me réorienter en psychomotricité et m'intéresse en premier lieu à la clinique de l'anorexie.

Janvier 2021, la psychomotricienne d'une unité TCA me reçoit en entretien

Après un premier échange concluant, la psychomotricienne me dit se questionner quant à l'image que je pourrais renvoyer aux patientes. Selon elle, ma corpulence mince amènerait les patients à se comparer à moi, à m'idéaliser, et donc à chercher à maigrir encore plus afin de me ressembler. La proximité en âge l'interpelle également. Elle me précise que, si elle décide de m'accepter en stage, je devrais porter des vêtements amples pour dissimuler ma silhouette pour éviter au maximum les phénomènes transférentiels.

Cet entretien m'amène à m'interroger quant à ma légitimité en tant que professionnelle, et ma place. Ainsi, ne me sentant pas à l'aise avec l'idée de travailler en psychiatrie de l'adolescent, je reprends mes recherches auprès d'un public adulte en situation d'obésité. Les propos de la psychomotricienne m'ont pourtant marquée, si bien qu'à mon arrivée à l'HDJ, mes préoccupations principales étaient de savoir si je n'allais pas blesser les patients en étant mince. J'appréhendais de passer pour une personne leur faisant la morale sur les bonnes pratiques alimentaires et m'octroyant un droit de regard sur leur corps.

Qu'en disent les patients ?

M. B., lors d'un atelier d'échange

Nous discutons de la relation à la nourriture et des remarques éventuelles lors des repas de famille. Il s'interrompt pour préciser que, néanmoins, je suis maigre comme un clou donc je ne peux pas comprendre ce qu'il vit.

J'accueille cette remarque avec perplexité. Était-ce déplacé de vouloir m'investir dans un domaine où le poids est la principale problématique ? Mon intérêt pour la médecine de l'obésité, ou celle des TCA, n'est-il pas finalement mal venu ?

Une piste de réflexion

Il est évident qu'en tant que personne mince depuis toujours, je ne peux qu'imaginer les vécus des personnes grosses quant à leur rapport au corps, à la stigmatisation, aux comorbidités

qui existent... Car oui, si nous sommes amenés à nous poser ses questions dans la médecine de l'obésité, c'est parce que le volume et le poids sont au premier plan. Nous correspondons à « la norme » alors que les patients en sont exclus, c'est une réalité que nous ne pouvons pas cacher. Mais cela ne fait pas barrière à ce que je peux leur apporter en tant que thérapeute. Nous pouvons même y voir un intérêt qui est de dépasser la problématique de l'obésité. En tant que personne correspondant aux modèles valorisés socialement, je suis susceptible d'être catégorisés comme une personne à l'origine de la stigmatisation et des stéréotypes. Être mince nous place, soignants minces, dans une exigence supplémentaire, car de nombreuses personnes pensent que les gros ne peuvent pas être grossophobes. Cependant, c'est faux et c'est là tout l'intérêt de déconstruire dès le début les stéréotypes : montrer au patient que nous avons conscience qu'ils sont soumis en permanence à la stigmatisation fait de nous des alliés dans leur lutte. Nous ne sommes pas là pour les juger, bien au contraire, nous sommes là pour les accompagner et leur donner des outils pour combattre ces idées reçues.

Mais en psychomotricité où le corps est activement sollicité et constitue la base des échanges entre thérapeute et patient, porter un regard bienveillant ne suffit pas. Le psychomotricien est amené à s'investir corporellement au même titre que son patient pour que l'accordage soit équilibré. Mais ici, l'accordage ne se fait pas seulement dans un corps à corps physique, il se fait aussi dans un corps-à-corps émotionnel et symbolique, par la communication infra-verbale. On ne pense pas un patient par rapport à son poids mais par rapport à ce qu'il nous donne à voir de lui-même, ce qu'il nous renvoie dans notre propre corps. Le positionnement et l'implication du corps vont alors être au premier plan et soutenir ce que nous percevons du patient.

J'ai beaucoup discuté avec l'équipe et notamment avec ma tutrice de stage pour me remettre en question, interroger certaines de mes attitudes ou celles des patients. Ces réflexions m'ont permis de passer d'une grande appréhension qui me plaçait en retrait pour éviter de blesser les patients, à une certaine implication corporelle et psychique et un juste positionnement thérapeutique : bienveillant, rassurant et en accord avec ce que me renvoient les patients de leur vécu. J'ai pris de l'aisance dans les échanges et me sens plus légitime à mener des ateliers et à transmettre des savoirs et des expériences que je taisais auparavant.

b) *Trouver sa juste place en tant que thérapeute : l'importance de l'alliance thérapeutique*

Pour que le patient investisse au mieux l'accompagnement qui lui est proposé, il y a tout intérêt à établir une alliance thérapeutique solide. Le patient et le thérapeute tissent ensemble une relation de soin basée sur la confiance, le soutien et la bienveillance. Cela passe notamment par l'utilisation du renforcement positif : en valorisant les capacités du patient et l'engagement dont il fait preuve, il est plus à même de continuer ses efforts. Son estime de lui-même n'en sera que favorisée. L'alliance thérapeutique semble alors constituer un support sur lequel s'étaient les échanges et la collaboration soignant-soigné pour favoriser le bon déroulement du suivi et sa réussite. Dans le cas du parcours à l'HDJ, la réussite ne s'évalue pas par rapport à la perte de poids, mais plutôt par l'appropriation des notions transmises et leur application au quotidien. Bien sûr, il y a souvent des éléments (physiques, psychiques, contextuels) qui font obstacle à ce que le patient aspire à mettre en place. L'important est qu'il fasse de son mieux, dans le respect de ses capacités et de ses limites. Nous, psychomotriciens, soutenons ses efforts et l'encourageons.

Montrer, démontrer, s'ajuster ...

Comme nous l'avons évoqué précédemment, en psychomotricité, nous sommes amenés à proposer des exercices de pratiques corporelles (appelées pratiques psychomotrices). À l'HDJ, nous proposons du Taï Chi, qui consiste en un enchaînement de mouvements lents, fluides et circulaires. Avant de proposer ce genre d'exercices, nous avons tout intérêt, en tant que professionnels du soin, à se questionner sur comment nous amenons les mouvements et sur ce que nous décidons de montrer ou non au patient. En effet, faire la démonstration de certains mouvements ou de certaines postures présentent un risque au niveau du rapport au patient et à son propre corps : celui de s'ériger en modèle inaccessible pour la personne obèse ou plus largement en difficulté avec son corps. Aussi, si cette dynamique s'installe, l'identification et le transfert ne peuvent pas fonctionner, et l'alliance thérapeutique peut être également mise à mal. Il est essentiel que nous proposons un espace sûr et bienveillant d'un point de vue physique mais aussi psychique pour le patient. Ainsi, notre rôle est de proposer, de suggérer, d'initier l'expérimentation pour induire des ressentis et favoriser leur intégration. C'est une démarche délicate et précise, qui demande en fin de compte beaucoup de justesse et de finesse dans l'attitude du psychomotricien mais aussi dans la communication.

La psychomotricienne propose l'atelier d'initiation au Taï Chi à un groupe de cinq patientes. Elle invite les participantes à regarder les mouvements et à les reproduire avec leurs capacités, que l'objectif principal est d'expérimenter la lenteur et de s'attacher à ses ressentis. Trois patientes évoquent leur crainte de ne pas réussir à « reproduire correctement » le mouvement. La psychomotricienne les rassure et précise que l'on ne tient pas compte de l'esthétisme. Elle les invite à faire de leur mieux, à prendre du plaisir dans le mouvement et à déposer leurs préoccupations internes et externes au cœur de cet espace sans jugement.

... Mais ne pas faire à la place du patient

Mme G., à la fin du parcours

« Merci, c'est formidable ce que vous faites. C'est grâce à votre travail que j'ose entreprendre des choses pour moi. »

Par cette vignette, nous pouvons observer l'importance d'une collaboration entre soignant et soigné dans le suivi mis en place. Nous ne prenons pas le rôle du tout-savant mais plaçons le patient comme acteur de son soin, et comme connaisseur dans le fonctionnement de son corps. Il y a tout intérêt à ce qu'il se sente capable de mettre des nouvelles choses en œuvre pour lui-même : nous lui apportons des clés mais ne faisons pas à sa place. Ainsi, nous veillons à mettre de l'espace entre soi et le patient, pour lui permettre de prendre soin de lui en dehors des séances. Il est sujet et s'appuie sur son identité propre pour évoluer.

CONCLUSION

Ce travail écrit est né de rencontres, de réflexions, c'est un cheminement qui s'est fait au fil de mon expérience de stage et de mes lectures. J'avais à cœur de traiter de la question du corps, de sa place, de son rôle au niveau identitaire chez le sujet dont le corps est un problème. Car oui, les personnes obèses ont avant tout un problème de corps : leur identité corporelle est constamment stigmatisée, mise à mal par la société, ce qui amène les personnes concernées à ne pas l'assumer voir à la rejeter. Par la recherche du corps mince, c'est en fait une recherche d'assimilation au groupe qui s'effectue : on peut poser l'hypothèse que la personne souhaite changer de corps, effacer ce qui dépasse pour « rentrer dans le moule ».

Alors, pour amener les patients à vivre le mieux possible avec le corps qu'ils ont et accéder à une identité corporelle solide, fiable et sécurisée, c'est tout un travail d'acceptation de la différence, de renarcissisation, d'acceptation de soi et de son corps qu'il amorce main dans la main avec l'équipe pluridisciplinaire.

En psychomotricité, nous cherchons à accompagner le sujet vers une nouvelle sensibilité à soi par l'étayage affectif et cognitif des notions d'extéroception, d'intéroception et de proprioception grâce à l'expérience vécue, identifiée et verbalisée. Plus l'expérience est agréable, plus le sujet se verra investir son corps de façon positive. Le caractère répétitif des expériences vécues va permettre d'élaborer une nouvelle conscience de soi qui va consolider l'identité corporelle.

Bien sûr, la question du poids ne peut être laissée de côté dans la clinique de l'obésité, mais nous « soignons » une personne, pas un chiffre sur la balance. Ainsi, il paraît essentiel de considérer le patient sous un prisme holistique, car c'est bien là que réside une identité authentique, fruit de l'expérience vécue : au croisement du biologique, du social, de l'émotionnel, du sensoriel. Pour travailler sur lui, le patient obèse se prend d'abord en charge avant de se prendre en soin. Bien que le surpoids engendre inévitablement une perte d'autonomie sur plusieurs plans, le patient va devoir apprendre à se mobiliser avec ce poids pour retrouver une certaine indépendance. Ainsi, accompagner le sujet vers l'autonomie va lui permettre de retrouver, affirmer puis vivre une identité corporelle satisfaisante et épanouie.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de, Joly, F., & Labes, G. (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Papyrus.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Basdevant, A., & Guy-Grand, B. (2004). *Traité de santé publique : Médecine de l'obésité*. Flammarion médecine-sciences.
- Bertrand, I., Bois, D., Hiriart-Durruty, M., Font, H. (2016, 20 septembre). *Questionnaire de recherche sur la relation a soi de la personne obèse - méthodologie de construction du questionnaire et tests statistiques*. Cerap. Consulté le 18 février 2022 sur <https://www.cerap.org/fr/epist%C3%A9mologie-m%C3%A9thodologie/questionnaire-de-recherche-sur-la-relation-soi-de-la-personne-ob%C3%A8se>
- Bondolfi, G., Alberque, C., Lymperopoulou, F., & Rodriguez, M. (2017). Chirurgie bariatrique : Enjeux psychiatriques avant et après l'intervention. *Revue Médicale Suisse*, 13(549), 367-370. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.549.0367>
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Érès.
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., & Oppert, J. (2017). Obésités de l'adulte, *EMC - Traité de Médecine Akos*, 12(1)
- Cicchone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques : *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- D'Ignazio, A. & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.
- Dalarun, P. (2019). Accompagnement de la personne obèse adulte. Dans A. Gatecel, & A. Valentin-Lefranc (dirs.). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. (327-335) Dunod.
- Dalarun, P. (2021, 17 décembre). *Habiter son corps – travail en psychomotricité en pause*. ALIMENTAL. Consulté le 5 avril 2022 sur <https://alimental.fr/habiter-son-corps-travail-en-psychomotricite/>
- Dalarun, P. (2022, 18 février). *La théorie polyvagale : pour mieux gérer le stress et notre vie relationnelle*. (Centre Anima. Consulté le 28 avril 2022 sur <https://www.centreanima.com/blog/theorie-polyvagale-comment-ca-marche>
- Dalarun, P. (2020). Traumatismes sexuels et obésité. *Sexualités Humaines*, 45, 54-61.

- Damasio, A. R., Larssonneur, C., & Tiercelin, C. (1999). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. O. Jacob.
- Deydier, G. (Réalisatrice). (2019). *On achève bien les gros*. [Documentaire]. ARTE.
- Duret-Gossart, F., & Peuteuil, P. (2010). *Perte de poids, perte de soi ? La grande illusion de la minceur*. Larousse.
- Edmond, M. (2005). *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*. Dunod.
- Gaumet, S. (2014). *Approche psychomotrice de la personne obèse*. De Boeck-Solal.
- Gaumet, S., & Dalarun, P. (2015). Clinique de l'obésité. Dans J.-M., Albaret, F., Giromini, & P. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck-Solal.
- Golay, A., Lager, G., & Giordan, A. (2007a). Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 1(1), 69-76. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(07\)88663-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(07)88663-9)
- Foulon, C. (2021). *TCA : Clinique*. Elsevier Connect. Consulté le 11 mars 2022 sur <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/anorexie-mentale-cliniqueIgnazio>
- Kunnen, S., & Bosma, H. (2006). Le développement de l'identité : Un processus relationnel et dynamique. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 35/2, 183-203. <https://doi.org/10.4000/osp.1061>
- Larousse, (2020). Définitions : identité - Dictionnaire de français Larousse. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>
- Lecerf, J.-M., Clément, K., Czernichow, S., Laville, M., & Oppert, J.-M. (2021). *Les Obésités : Médecine et chirurgie*. Elsevier-Masson.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*. Érès.
- Lundborg, P., Nystedt, P., & Rooth, D.-O. (2014). Body Size, Skills, and Income : Evidence From 150,000 Teenage Siblings. *Demography*, 51(5), 1573-1596. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0325-6>
- Marlien, E. (2018). *Système nerveux autonome : De la théorie polyvagale au développement psychosomatique*. Sully.
- Mucchielli, A. (2021). *L'identité* (10e éd. mise à jour). Que sais-je ?
- Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/>
- Pintado-Cucarella, S., & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 8(2), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2016.11.003>
- Pireyre, E. W. (2021). *Clinique de l'image du corps - 3e éd. - Du vécu au concept*. Dunod.

- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Struyf-Denys, G. (2000). *Les Chaînes musculaires et articulaires* (6^e éd.). S.B.O.R.T.M.
- Vigarello, G. (2010). L'obésité, mal identitaire, mal sournois. *Esprit*, *Février*(2), 14.
<https://doi.org/10.3917/espri.1002.0014>
- Waysfeld, B. (2014). *Le poids et le moi* (2^e éd.). A. Colin.
- Winnicott, D. W., Monod, C., & Khan, M. (1979). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Gallimard.
- Zamberlan, A., & Lederman, D. (1994). *Je suis grosse et alors ?* Ramsay.
- Zermati, J.-P. (2011, 28 février). *Stress et alimentation : le trouble du réconfort*. G.R.O.S. Consulté le 3 avril 2022 sur <https://www.gros.org/stress-et-alimentation-le-trouble-du-reconfort>
- Zermati, J.-P., Apfeldorfer, G., & Waysfeld, B. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. O. Jacob.
- Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., & Basdevant, A. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*, *9*(4), 302-328.
<https://doi.org/10.1007/s11690-014-0466-1>

Références des images

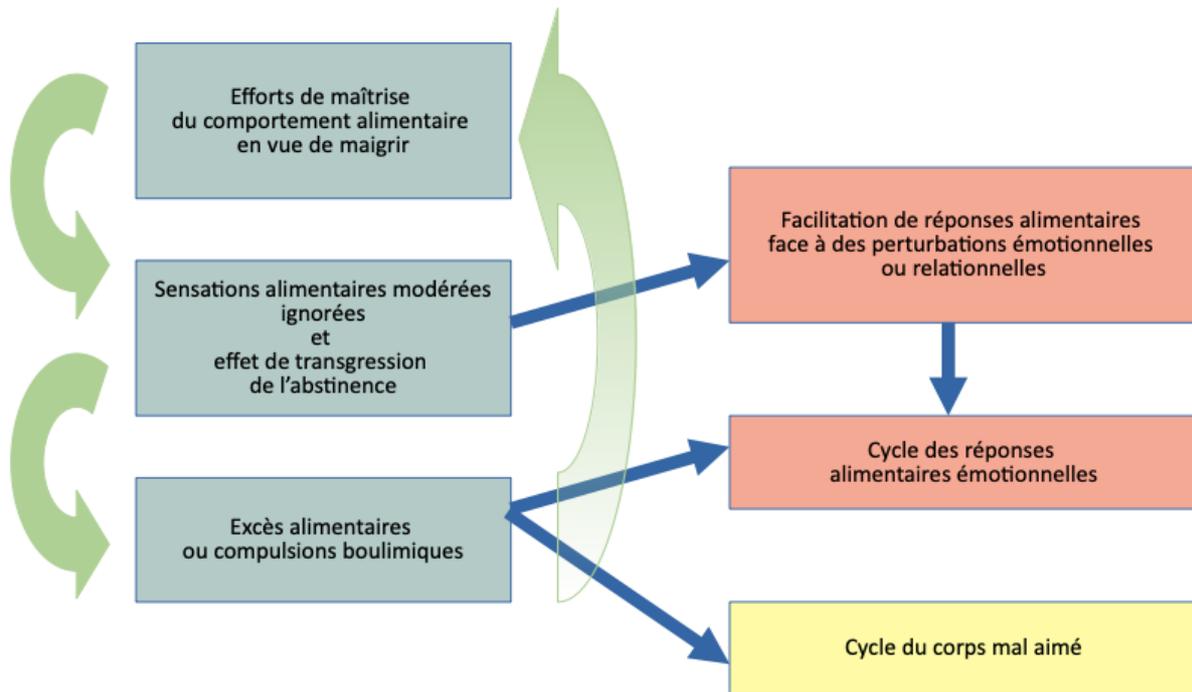
- Apfeldorfer, G. (2011, 4 mars). *Comment aider les personnes en restriction cognitive*. G.R.O.S. Consulté le 11 mars 2022, à l'adresse <https://www.gros.org/comment-aider-les-personnes-en-restriction-cognitive>

ANNEXES

Annexe I

Schéma explicatif du cycle de la restriction cognitive

(Apfeldorfer, 2011)



Annexe II

Questionnaire proposé à l'HDJ à l'entrée et à la sortie pour questionner la relation à soi

Questionnaire de la Relation à Soi

Inspiré du Questionnaire de Recherche de la Relation à Soi de la Personne Obèse

(Isabelle Bertrand, Danis Bois, Martine Hiriart-Durruty, Hélène Font), 2013

Voici un questionnaire qui interroge la "relation à soi", prenez le temps d'y répondre. Pour chaque item, je vous invite à cocher la case qui correspond au mieux à la fréquence de survenue de l'évènement en choisissant entre 5 possibilités : *Jamais* – *Rarement* – *Parfois* – *Souvent* – *Toujours*

1. Qualité de vie

Dans la vie de tous les jours, je ressens de la gêne physique ...

	Jamais 4	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 0
Pour respirer quand je fais un effort					
Parce que j'ai des douleurs articulaires					
Pour monter et descendre les escaliers					
Pour faire mes courses					
Dans les relations sexuelles à cause de douleurs physiques					
Pour dormir					

... / 24

Pour avoir du plaisir au quotidien ...

	Jamais 0	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 4
J'ai des loisirs					
Je m'accorde des temps de détente					
Je sors avec des ami(e)s					
Je passe du temps en famille					
Je prends soin de ma maison					

... / 20

Total : ... / 44

Annexe IIa

2. Adaptation au stress

Pour faire face à une situation stressante...

	Jamais 0	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 4
J'établis un plan d'action et je le suis					
Je parle à quelqu'un de ce que je ressens					
J'accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un					
Je repère si c'est une situation "à risque", dangereuse pour moi					
Je me sens mal de ne pas pouvoir éviter le problème					
J'espère qu'un miracle va se produire					
Je garde mes émotions pour moi					
Je mange					
Je m'isole					

... / 36

3. Estime de soi

De manière générale...

	Jamais 0	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 4
Je suis fier(ère) de moi					
Je suis sûr(e) de moi quand j'entreprends quelque chose de nouveau					
Je crois en mes capacités personnelles					
Je me fais confiance					
Je prends de bonnes décisions					
Je valorise mes réalisations					
Je suis capable de refuser des demandes					
Je me connais bien et je cherche à répondre à mes besoins					

... / 32

Annexe IIb

4. Rapport et image du corps

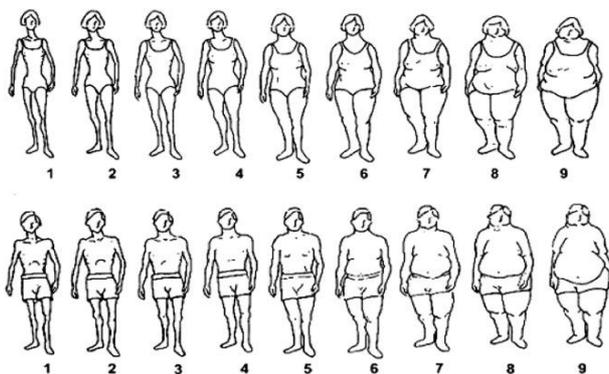
Concernant mon corps...

	Jamais 4	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 0
En situation d'ennui, j'ai des idées noires à propos de ma silhouette					
Quand je pense à ma silhouette, cela trouble ma capacité à me concentrer					
J'ai honte de mon corps					
Je manque de contrôle et je pense avoir la silhouette que je mérite					
Quand je vois mon reflet (dans un miroir, une vitrine, ...) je me sens mal à l'aise					
Je suis préoccupé(e) par ma silhouette au point de faire de l'exercice physique					
Je suis préoccupé(e) par mon apparence physique					
Je trouve que mon corps doit être caché					
Je suis gêné(e) quand quelqu'un me touche					
Je considère mon corps comme faible, fragile					
Je pense que mon corps doit m'obéir					
Je trouve que mon corps est inutile					
Je me sens bien dans mon corps					
J'écoute et je respecte mon corps					
Je considère que mon corps est en bonne santé					

... / 60

En observant les figurines ci-dessous, compléter les 3 phrases suivantes :

- Celle qui me correspond le mieux est la n°...
- Celle qui correspond le mieux à ce que je voudrais être est la n°...
- Celle qui correspond le mieux à comment les autres me voient est la n°...



Annexe IIc

5. Conseils de santé et hygiène alimentaire

Pour les conseils de santé et d'hygiène alimentaire ...

	Jamais 4	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 0
J'oublie ces conseils					
Je ne respecte pas les conseils quand je ne suis pas chez moi					
Je ne respecte pas les conseils quand je suis occupé(e) à autre chose					
Je ne veux pas que les autres me voient entrain de respecter ces conseils					
Je ne respecte pas les conseils quand il y a un changement dans ma routine					
Je ne respecte pas les conseils quand je suis malade, quand je ne me sens pas bien					
Je ne respecte pas les conseils quand je me sens déprimé(e), à bout					

... / 28

6. Comportement alimentaire

A propos de mon comportement alimentaire ...

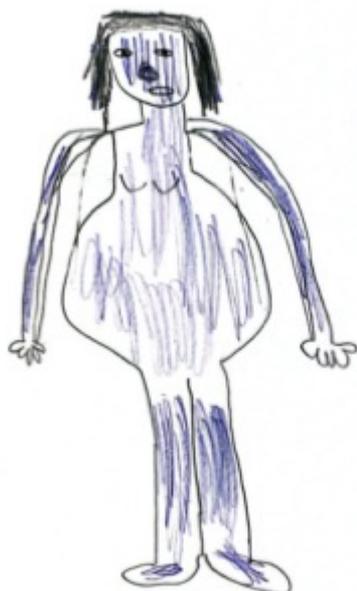
	Jamais 4	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours 0
Quand je suis irrité(e), j'ai envie de manger					
Quand je prends un peu de poids, je mange moins que d'habitude					
J'ai envie de manger lorsque je me sens seul(e)					
Si je dispose de quelque chose d'appétissant, je le mange immédiatement					
Lorsque je vois d'autres personnes manger, l'envie de manger me prend également					
Je peux résister aux nourritures délicieuses					
Quand je suis triste, j'ai envie de manger					
Quand je me détends, j'ai envie de manger					

... / 32

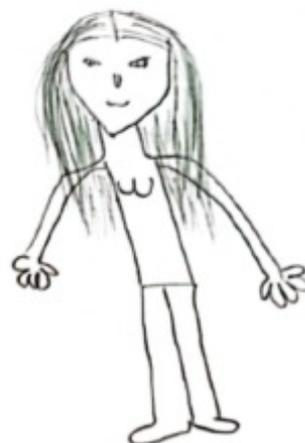
Annexe III

Extrait du bilan de Mme G. : se dessiner

« Pouvez-vous vous dessiner ? »



« Pouvez-vous dessiner comment vous aimeriez être idéalement ? »



Annexe IV

Questionnaire Est-ce que j'habite mon corps ? rempli par Mme G.

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. J'ai du mal à attraper un ballon quand on me le lance | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 2. J'adore les travaux manuels (bricolage, jardinage, couture, etc.) | A | <input checked="" type="radio"/> B | C |
| 3. Je me sens physiquement incapable dans bien des situations | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 4. Je choisis toujours des vêtements à ma taille | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 5. J'ai toujours fui les pistes de danse | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 6. Je prends soin de mon apparence | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 7. Je peux oublier toute une journée d'aller aux toilettes | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 8. Je sais me reposer quand je me sens fatigué(e) | A | <input checked="" type="radio"/> B | C |
| 9. Je me laisse facilement envahir par mes émotions | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 10. Je localise facilement mes ressentis corporels | A | <input checked="" type="radio"/> B | C |
| 11. Je suis facilement désorienté(e) dans un espace inconnu | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 12. Je suis le roi (la reine) du rangement | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 13. J'ai souvent l'impression de ne pas être à ma place | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 14. Le regard des autres ne me déstabilise pas | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 15. Je suis souvent accaparé(e) par mes pensées | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 16. J'arrive facilement à être concentré(e) sur une tâche | A | <input checked="" type="radio"/> B | C |
| 17. Plus jeune j'étais renfermé(e) sur moi-même | <input checked="" type="radio"/> A | B | C |
| 18. J'ai toujours adoré les cours de gym à l'école | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 19. J'agis ou je parle souvent à contre-temps | A | B | <input checked="" type="radio"/> C |
| 20. Je m'adapte bien aux imprévus | A | <input checked="" type="radio"/> B | C |

A = tout-à-fait d'accord

B = assez d'accord

C = pas du tout d'accord

Annexe V

L'image de soi en couleurs

« Vous allez laisser venir 3 mots pour nommer ce que vous pensez de votre corps, sans jugement envers les pensées qui viennent.

- Horrible, grosse, écœurante.
- Je vous invite maintenant à choisir, créer une couleur qui pourrait évoquer ces trois mots.
- Une couleur foncée, pas belle.
- Puis, vous allez pouvoir créer, choisir un contenant pour y mettre cette couleur, qui a pris une apparence liquide et se déverse au sein de ce contenant. Prenez le temps d'en observer la forme (rond, ovale, carré), la matière (terre, verre, métal), la température (chaud, froid, tiède), les contours (angles lisses ou marqués) ... Vous pouvez explorer ce contenant et son contenu à l'aide du toucher, pour en distinguer toutes les subtilités.
- La couleur remplit tout le contenant, ça déborde presque.
- Très bien... et voyez maintenant ce qui se passe dans le corps quand vous vous en approchez, puis vous en éloignez.
- Je me sens mieux quand je m'en éloigne.
- Alors vous allez pouvoir le laisser de côté afin de laisser venir à vous trois mots positifs, ou pensées positives que vous voudriez adresser à votre corps aujourd'hui
- Bien, belle, aimée.
- Très bien... Maintenant, sur le même principe, vous allez choisir ou créer une couleur qui évoque ces trois mots.
- Une couleur claire, du blanc.

Annexe Va

- Puis, de la même façon, comme vous savez très bien le faire, vous allez pouvoir créer, choisir un contenant pour y mettre cette couleur, qui a pris une apparence liquide et se déverse au sein de ce contenant. Prenez le temps d'en observer la forme (rond, ovale, carré...), la matière (terre, verre, métal...), la température (chaud, froid, tiède...), les contours (angles lisses ou marqués...). Vous pouvez explorer ce contenant et son contenu à l'aide du toucher, pour en distinguer toutes les subtilités.
- Un contenant multicolore, beau, ça bouge...
- C'est dynamique, vivant ?
- Oui, et la couleur prend la moitié du pot.
- Et qu'est-ce que ça fait dans le corps, quand vous voyez ce contenant rempli de liquide ?
- C'est mieux que celui d'avant.
- Mieux, c'est-à-dire plus agréable ?
- Oui voilà, dit-elle avec un mi-sourire.
- Je vous invite maintenant à laisser de côté ces deux contenants remplis de ces mots, les trois mots que vous avez choisis pour nommer ce que vous pensez de votre corps, et les trois mots positifs que vous souhaitez adresser à votre corps. Puis, vous allez choisir un contenant neutre, afin d'y accueillir les deux liquides colorés, dans l'intention de faire cohabiter ces deux couleurs, atténuer le négatif pour laisser le positif prendre de la place. Il est important que les deux trouvent leur place, que la matière finale soit équilibrée, homogène. Il n'est pas obligé que ce soit un mélange exact des couleurs, cela peut donner une autre couleur aussi.
- Ça fait du gris. En fait, ça fait un coup du noir, un coup du blanc, et puis du gris.
- Quelle sorte de gris ? Un gris anthracite... ou plutôt perle ?
- Un gris clair, doux.
- Et que ressentez-vous à la vue de cette couleur ?
- J'aime bien. »

RÉSUMÉ

L'obésité est reconnue aujourd'hui comme une maladie chronique entraînant des conséquences au niveau biologique, social, psychique et émotionnel. Dans une société où l'apparence corporelle est au premier plan, le sujet est amené à s'identifier à son corps et à se définir à travers celui-ci. L'individu est donc atteint dans son identité corporelle : stigmatisé, dévalorisé, jugé, il développe une insatisfaction corporelle qui l'amène à se couper de son corps et à se mettre à distance de ses sensations. Son fonctionnement psychomoteur s'en retrouve grandement perturbé. Le psychomotricien intervient dans le parcours de soin du patient, dont l'objectif général est de l'accompagner vers une perte de poids à long terme ; le travail portant principalement sur le comportement alimentaire du patient, qu'il soit concerné ou non par une chirurgie de l'obésité. Ainsi, la psychomotricité tient un rôle transversal entre l'approche médicale, diététique, psychologique et chirurgicale. En plaçant les personnes obèses comme acteur de leurs soins, la psychomotricité encourage l'évolution du patient tout en renforçant son identité. Les expériences psychomotrices amènent progressivement le patient à apprivoiser puis investir ce corps qui lui est parfois insupportable et à vivre en harmonie avec lui.

Mots-clés : Obésité, identité, psychomotricité, habiter son corps, affirmation de soi

SUMMARY

Obesity is now recognized as a chronic disease leading to biological, social, psychological and emotional consequences. In a society where body appearance is at the forefront, the person is led to identify with their body and to define themselves through it. The individual is thus affected in their bodily identity : stigmatised, devalued, judged, they develop a bodily dissatisfaction which leads them to cut themselves off from their body, to distance themselves from their sensations. Their psychomotor functioning is greatly disturbed. The psychomotor therapist is involved in the patient's care program whose general goal is to assist them towards long-term weight loss ; the work mainly focused on the patient's eating behavior, whether or not they are concerned by obesity surgery. Thus, psychomotricity plays a transversal role between the medical, dietetic, psychological and surgical approaches. By placing obese people as actors in their own care, psychomotricity encourages the patient's evolution while

reinforcing their identity. The psychomotor experiences gradually lead the patient to tame and then invest this body which is sometimes unbearable, and live in harmony with it.

Keywords : Obesity, identity, psychomotricity, inhabiting your body, self-affirmation