



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

ANOREXIE MENTALE ET SENTIMENT DE SECURITE INTERNE

Porter une jeune adolescente en séances de psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Julie CONREAUX

Mai 2023 (Session 1)

N° 1767

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

ANOREXIE MENTALE ET SENTIMENT DE SECURITE INTERNE

Porter une jeune adolescente en séances de psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Julie CONREAUX

Mai 2023 (Session 1)

N° 1767

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Nicolas LEBOISNE**

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Clémence GENOT

Coordinatrice des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Table des matières

Introduction	1
Partie théorique	3
1. Présentation des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)	3
1.1 Point épidémiologique	3
1.2 Critères diagnostiques selon le DSM-5	4
1.2.1 L'anorexie mentale	4
1.2.2 La boulimie	4
1.2.3 L'hyperphagie boulimique	5
2. Approfondissement du trouble de l'anorexie mentale	5
2.1 Retentissements somatiques	5
2.2 Sémiologies psychomotrices	6
2.2.1 Tonicité	6
2.2.2 Motricité	7
2.2.3 Hyperactivité	8
2.2.4 Représentation du corps	9
2.2.5 Fonction exécutive	9
2.2.6 Identification des émotions	10
2.2.7 Investissement de l'espace	11
2.2.8 Perception du temps	11
2.2.9 Impact sur la relation	12
3. Sentiment de sécurité interne	12
3.1 Élaboration du sentiment de sécurité interne	12
3.1.1 Facteurs principaux	13
3.1.2 Apports de Winnicott	14
3.1.3 Dialogue tonique	16
3.2 L'adolescent et son corps	16
Partie clinique	19
1. Présentation du pôle TCA	19
1.1 Présentation générale	19
1.1.1 Dispositif de soin	19
1.1.2 Différents intervenants	21
1.2 Soins psychomoteurs	23

1.2.1	Toucher-massages relaxants	23
1.2.2	Somato-psycho-pédagogie	24
1.2.3	Séance vidéo	24
1.3	Ma place de stagiaire	25
2.	Présentation de Clémence	27
2.1	Anamnèse	27
2.2	Cadre de son hospitalisation	28
2.3	Première rencontre : octobre	29
2.4	Projet de soin psychomoteur : octobre	30
2.5	Séances toucher-massages relaxants d'octobre à janvier	31
2.5.1	Massage du dos	31
2.5.2	Focus sur les temps collectifs	33
2.5.3	Massage du visage	34
2.6	Bilan psychomoteur : février	35
2.7	Séance en mouvement de février à mars	38
2.7.1	Balancement et élan	38
2.7.2	Séance vidéo	39
2.7.3	Statue, sculpteur, modèle	40
2.8	Conclusion	41
	Discussion théorico clinique	42
	Introduction	42
1.	De l'importance du cadre au rôle du psychomotricien	43
1.1	Cadre des séances	43
1.1.1	Tentative de définition du mot « cadre »	43
1.1.2	Intérêt du cadre en psychomotricité	44
1.1.3	Réflexion autour du vouvoiement	46
1.2	Rôle du psychomotricien	47
2.	Du toucher massage à la mise en mouvement	49
2.1	Rythmicité au sein des séances	49
2.2	Réassurance par le toucher	52
2.3	Portage en mouvement	54
2.4	Capacité à jouer	56
	Conclusion	58
	Bibliographie	

Lexique

ASH : Agent de services hospitaliers

APA : Activité physique adaptée

APP : Activité Physique Problématique

TCA : Troubles des conduites alimentaires

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

HAS : Haute Autorité de Santé

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Ce mémoire vient rendre compte de trois années de formation qui m'ont fait évoluer dans la sphère personnelle et professionnelle. Le temps me semble distendu tant le chemin parcourir fut riche. J'ai pu remarquer qu'à travers les différentes expériences singulières que j'ai pu vivre en travaux dirigés et en stage, mettant en jeu notre corps et notre psyché, la psychomotricité peut nous faire évoluer. Cela rend cet apprentissage passionnant. Je suis maintenant beaucoup plus à l'aise pour me mouvoir et m'exprimer. En ouvrant un album, j'entrevois un souvenir figé sur une photographie de moi, entrant en première année de psychomotricité et je m'aperçois que même ma posture a changé. Mon axe corporel s'est redressé, mon regard se porte davantage vers l'avant et ma ceinture scapulaire s'est relâchée. Les expériences corporelles et cette investigation de mon être et de mon corps m'ont permis de prendre confiance en moi et en mes capacités et donc de m'ouvrir davantage et d'oser davantage. Notre corps étant notre outil de travail le plus précieux, il me paraît important de l'affûter, d'où la nécessité de passer par l'expérimentation de ces années de pratique, en travaux dirigés, en stage et pendant mes loisirs personnels.

Arrivée en deuxième année, j'entre enfin dans la pratique grâce aux stages en présence de psychomotriciens. Au cours de ces stages, je m'interroge sur la manière d'investir et de se représenter son corps. J'ai d'abord rencontré des adolescents en SESSAD, chamboulés par tous les changements que cette période engendre si rapidement et qui doivent se réapproprier « un nouveau corps ». Ensuite, j'ai pu rencontrer des patients atteints de schizophrénie en maison d'accueil spécialisée avec ce lien si particulier avec leur corps, divergent de la réalité et angoissant. Puis, j'ai fait un stage en libéral, auprès d'enfants dyspraxiques qui se battent face à ce corps qui ne leur répond pas comme ils le voudraient. Je finis cette deuxième année en maison d'accueil spécialisée dans l'épilepsie. Là encore, je me demande comment se représenter son corps dans une continuité alors qu'on en perd complètement le contrôle dans les moments de crise. Comment composer avec ce corps qui nous est propre, qui peut être notre allié mais également nous faire défaut. Dans toutes ces situations, nous pouvons voir émerger l'importance de la sécurité interne dans un corps en lien avec son environnement. Ayant le désir de me perfectionner dans la clinique adolescente, j'ai voulu découvrir l'univers des troubles des conduites alimentaires (TCA). Ces troubles, où une souffrance psychique s'exprime par le corps, reflètent le principe même de la psychomotricité. La pathologie de l'anorexie fait écho à

mes apprentissages et me permet d'aborder plus en profondeur les fondements de la psychomotricité. Ce trouble est bien la preuve qu'il existe un lien entre le corps et la psyché, et qu'une harmonisation entre les deux doit se faire pour se sentir bien. La santé n'est pas que l'absence de maladie, mais bien l'équilibre entre le bien-être physique, mental et social.

Au cours de mon stage de troisième année, je rencontre différentes patientes atteintes d'anorexie mentale au sein d'un service spécialisé TCA. Je prends alors conscience de l'importance du sentiment de sécurité interne, qui se trouve souvent fragilisé auprès de ces patientes. Ce besoin fondamental a un impact sur notre quotidien. Comment peut-on avancer sans base solide, en nous et dans notre environnement ? Le sentiment de sécurité de chacun évolue tout au long de la vie. Il est particulièrement impacté au moment de l'adolescence, d'autant plus chez une jeune adolescente anorexique.

Auprès de patientes anorexiques, la psychomotricité vient travailler au lieu même de l'expression de leur souffrance, le corps. Nous venons déconstruire ce qu'elles ont mis en place en tentant de leur apporter d'autres éléments de réassurance. Le travail du sentiment de sécurité me semble essentiel. En effet, il ne suffit pas de faire disparaître les mécanismes de défense, leur présence vient témoigner d'un mal être. Je tenterais alors dans ce mémoire de répondre à ma problématique :

En quoi les séances de psychomotricité permettent de favoriser le renforcement du sentiment de sécurité interne chez une patiente atteinte d'anorexie mentale ?

Dans un premier temps, je définirai l'anorexie à partir des apports du DSM-5 ainsi que ce que j'ai pu percevoir des répercussions psychomotrices de cette pathologie. Je développerai ensuite le rôle des interactions précoces dans l'élaboration du sentiment de sécurité interne ainsi que l'impact de l'adolescence sur ce sentiment. Nous partirons ensuite à la rencontre de Clémence, une jeune fille accueillie en hospitalisation complète. Nous verrons la corrélation entre le soin psychomoteur et son évolution dans la maladie. Pour finir, j'essaierai de mettre en avant le rôle de la psychomotricité dans le renforcement du sentiment de sécurité interne au travers des fonctions du psychomotricien, du choix des médiations et de l'importance de la relation.

Partie théorique

1. Présentation des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

D'après le Diagnostic and Statistical Manual V (DSM-5) (Crocq et al., 2015, p. 387), « *les troubles des conduites alimentaires [...] se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social.* ».

Les trois formes de TCA les plus fréquentes sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Ces trois pathologies réunies concernent près de 10% de la population (Grigioni & Déchelotte, 2012).

1.1 Point épidémiologique

Selon le recensement de l'Assurance Maladie (2023a), l'anorexie mentale est « *une maladie relativement rare (entre 0,9 et 1,5 % des femmes et 0,2 à 0,3 % des hommes)* ». Cependant, comme le soutient la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), « *la pandémie mondiale a encore augmenté la fréquence et la gravité des TCA* ». Elle touche les femmes dans « *au moins 80% des cas* ». Ce trouble peut apparaître à tout âge mais « *les pics d'apparition de la maladie se situent entre 13–14 ans et 16–17 ans* », autrement dit à la période charnière de l'adolescence. Nous tenterons d'expliquer plus bas, pourquoi l'anorexie mentale touche davantage cette tranche d'âge.

Concernant la boulimie, elle touche « *environ 1,5 % des 11–20 ans et concernerait environ trois jeunes filles pour un garçon* » (L'assurance Maladie, 2023b). Les débuts de cette symptomatologie sont généralement plus tardifs que l'anorexie mentale, « *avec un pic de fréquence vers 19–20 ans* ».

Quant à l'hyperphagie boulimique, elle est beaucoup moins représentée au sein des services mais est plus fréquente. Elle toucherait « *3 à 5 % de la population* » et à sex ratio égal.

1.2 Critères diagnostiques selon le DSM-5

1.2.1 *L'anorexie mentale*

Selon les critères diagnostiques du DSM-5 (Crocq et al., 2015, p. 398-399), l'anorexie mentale se caractérise par trois éléments :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas [...].

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Deux sous types d'anorexie mentale sont décrits. Le premier, de type restrictif, se manifeste par une perte de poids « *essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.* ». Le second, est de type accès hyperphagiques/purgatifs. Les patientes ont recours à des stratégies pour perdre du poids tel que « *des vomissements provoqués ou des comportements purgatifs* ».

Le DSM-5 (2015) indique que le degré de sévérité de l'anorexie mentale peut être estimé à partir de l'indice de masse corporelle (IMC). Cette unité de grandeur se calcule en divisant le poids de la personne par sa taille au carré. Selon la Haute Autorité de Santé (2009), une corpulence dite normale est comprise entre 18,5 et 24,9 d'IMC.

D'après le DSM-5, en dessous de 18,5, les degrés de sévérité sont divisés ainsi :

Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave : $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.2.2 *La boulimie*

L'anorexie de type hyperphagiques/purgatifs se rapproche de la boulimie, cependant, on ne retrouve pas de restrictions alimentaires au sein de la boulimie. Les critères du DSM-5 de la boulimie relèvent la « *survenue récurrente d'accès hyperphagiques* » associée à des

comportements compensatoires « *inappropriés et récurrents* », avec une notion de fréquence de ces comportements à raison en moyenne d'« *au moins une fois par semaine pendant 3 mois* ». Comme dans l'anorexie mentale, on retrouve un impact sur l'estime de soi. Il est précisé que ce trouble ne peut être diagnostiqué en présence d'une anorexie mentale (Crocq et al., 2015, p. 605).

1.2.3 *L'hyperphagie boulimique*

Quant à l'hyperphagie boulimique, on la retrouve sous le terme d'accès hyperphagiques, ou de binge-eating disorder en anglais dans le DSM-5. Les critères sont globalement les mêmes que la boulimie, à l'exception qu'on ne retrouve pas de comportements compensatoires.

Aux vues de la part de femmes concernées par ces troubles, j'utiliserai le genre féminin au long de cet écrit. De plus, au cours de mon stage, j'ai rencontré exclusivement des patientes atteintes d'anorexie mentale restrictive. Je me concentrerai donc essentiellement sur ce trouble pour la suite de mon écrit.

2. Approfondissement du trouble de l'anorexie mentale

2.1 Retentissements somatiques

L'anorexie entraîne un amaigrissement et en conséquence une dénutrition sévère. Les retentissements somatiques de la dénutrition et des comportements associés sont nombreux. Il y a une vigilance à avoir car certains comportent un risque vital. Ainsi, selon les données de l'Inserm (2020), en phase aiguë, c'est-à-dire lorsque la patiente s'inscrit dans une dénutrition sévère, nous pouvons observer des :

- Atteintes hydroélectriques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie, pouvant être la cause d'atteinte cardiovasculaire ;
- Atteintes cardiovasculaires : bradycardie, hypotension ;
- Diminution de la température corporelle associée (hypothermie) ;
- Aménorrhée ;
- Manifestations hématologiques : anémie, leucopénie et thrombopénie, hypoglycémie ;

- Atteintes rénales et hépatiques ;
- Vulnérabilité concernant les infections et les constipations ;
- Manifestations physiques : perte de cheveux, peau sèche et fragile, symptôme parfois accompagné d'un lanugo (duvet très fin sur la peau).

Ces altérations sont le plus souvent réversibles lors de la reprise de poids.

À plus long terme, on retrouve principalement :

- Des complications osseuses, avec un risque d'ostéoporose ;
- Un risque de retard de croissance staturo-pondérale si l'anorexie survient avant ou au début de la puberté.

2.2 Sémiologies psychomotrices

Je souhaite à présent décrire les éléments psychomoteurs présents dans l'anorexie. En effet, il y a une dimension psychocorporelle importante dans cette pathologie.

Je vais tenter d'élaborer une liste, non exhaustive, des symptômes de ce trouble, en organisant ma présentation à travers différents items psychomoteurs pouvant être impactés. Je m'appuierai sur différents auteurs ainsi que sur mes observations de stage en m'appuyant sur les profils les plus communément rencontrés.

Tout d'abord, nous retrouvons une anxiété forte chez ces patientes, notamment concernant la prise de poids. L'un des mécanismes de défense mis en place pour lutter contre cette anxiété est le contrôle et l'évitement. Nous verrons à travers les différents items comment cela peut se manifester.

2.2.1 *Tonicité*

Le tonus musculaire est un état de tension des muscles. On retrouve trois types de tonus. Le tonus de fond pour caractériser la tension des muscles au repos. Il est permanent et peut être décrit comme le lieu d'inscription de l'affectivité. Le tonus postural concerne le maintien d'une attitude contre l'action de la pesanteur. Le tonus d'action correspond à la contraction des muscles nécessaire à l'action. Ces trois tonus sont liés et une augmentation globale peut être observée chez ces patientes.

On observe principalement un tonus de fond élevé. Les patientes sont dans un hyper contrôle permanent, et donc également un contrôle de leur corps. Le corps est finalement aussi rigide que leur psyché.

Le tonus élevé peut être maintenu consciemment afin de brûler des calories. En lien avec l'hyperactivité, nous pouvons observer des patientes qui s'assoient bien droites, tendues, sur le bord de leur chaise par exemple.

Il permet également de contrôler ses sensations. En effet, la contraction des muscles permet de moins ressentir les stimuli extérieurs et de mettre à distance les émotions. Nous le verrons plus tard, le tonus est un vecteur de nos émotions. Les patientes anorexiques peuvent alors contracter leurs muscles afin d'essayer de contrôler leurs émotions. En effet, Wallon met en avant le fait que l'émotion « *quelle que soit sa nuance à toujours pour conditions fondamentales des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* » (Wallon cité par Robert-Ouvray, 2007, p. 44).

Bick, médecin et psychanalyste, citée par Henniaux (2009), neuropsychiatre français, parle de « seconde peau musculaire » qui peut se créer chez le bébé afin de tenter de se contenir lui-même face à ses angoisses. Un bébé a besoin d'intégrer une représentation de sa figure maternelle. Si cela ne lui est pas possible, en l'absence de sa mère, la contraction de l'ensemble de son corps lui permet de se rassurer. Un lien peut être fait avec l'anorexie. En effet, nous pouvons imaginer que le tonus élevé des patientes anorexiques soit un moyen de protection, une défense (Henniaux, 2009).

De plus, le tonus étant un moyen de communication, son augmentation massive entraîne une limitation de cette dernière et encourage un repli sur soi. Cette mise à distance permet aux patientes anorexiques de garder le contrôle sur elles et leur environnement.

Nous pouvons également rapprocher cette hausse de tonus du besoin de ressentir du dur dans le corps, ce qui rassure tandis ce que ce qui est mou, associé au « gros », est angoissant.

De plus, nous pouvons observer un trouble de la régulation tonique dans ce contrôle permanent. En effet, même le relâchement peut paraître contrôlé, « une détente presque trop parfaite » comme Gaucher, psychomotricienne, en fait le constat (Gaucher-Hamoudi, 2011, p. 69).

2.2.2 Motricité

Concernant la motricité, pendant la phase aigüe de la maladie, on observe un ralentissement psychomoteur, causé principalement par la dénutrition et la fatigue mais également amplifié par les ruminations.

De plus, à la suite des changements corporels rapides et fluctuants (amaigrissement/renutrition), certaines patientes se plaignent de troubles de l'équilibre.

2.2.3 Hyperactivité

On retrouve une recherche de mise à distance des sensations pouvant être maintenue par l'hyperactivité physique ou intellectuelle.

- **L'hyperactivité physique**

Selon l'OMS (2022), l'activité physique englobe « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie.* ». Nous savons que sa pratique apporte de nombreux bénéfices cependant, dans certains cas, elle peut être problématique. L'activité physique problématique (APP) est définie « *comme étant la participation à une activité physique entraînant un comportement compulsif, excessif et incontrôlable envers cette activité physique.* » (Kern et al., 2020). Nous retrouvons régulièrement cette APP auprès des patients anorexiques. Elle permet tout d'abord le contrôle de ce poids qui les inquiète tant. De plus, elle permet l'évitement des sensations en se focalisant sur des sensations qui leur sont plus acceptables, généralement des sensations désagréables voire une recherche de sensations douloureuses ; « *La douleur est parfois le seul lien qu'ils gardent avec leur corps* » (Gaucher-Hamoudi, 2011, p. 17). En effet, c'est la seule sensation qu'elles trouvent contrôlable, ce qui peut les rassurer.

La pratique d'activité physique intense permet également de réguler l'anxiété et de mettre à distance les émotions en se focalisant sur une tâche particulière. Comme le souligne Kern et Al (2020), elle « *permet souvent de réguler ou d'éviter les affects négatifs, permettant de trouver un équilibre émotionnel* ».

- **L'hyperactivité intellectuelle**

Il n'est pas rare que ces jeunes patientes surinvestissent les capacités scolaires, dans l'objectif de mettre le corps à distance. Elles investissent davantage la cognition que le corps. Dans la même idée que l'hyperactivité physique, porter leur attention sur une activité spécifique leur permet de mettre tout le reste à distance.

De plus, Durand-Pilat, psychiatre, soutient que « *le surinvestissement scolaire répond à des conduites de réassurance, à un besoin extrême de confirmation de leur capacité et de valorisation* » (2009, p. 55). L'investissement scolaire est en effet également une manière de se réassurer et de se sentir valorisée puisque, comme vu dans les critères du DSM-5, l'estime de soi est fortement impactée. On y retrouve le « *désir d'atteindre un idéal de perfection* » (Durand-Pilat, 2009, p. 55), ce qui les valorise et peut montrer leur réussite de contrôle.

2.2.4 Représentation du corps

« *L'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps* » est l'un des critères de diagnostic du DSM-5. Il renvoie à ce qu'on appelle plus communément des dysmorphophobies et se caractérise par « *une préoccupation concernant au moins un défaut perçu de l'apparence physique qui n'est pas apparent ou apparaît léger à d'autres personnes* » selon le Manuel MSD qui classe ce symptôme dans les « *troubles obsessionnels compulsifs et troubles similaires* » (Phillips & Stein, 2021). C'est un trouble de la représentation du corps qui impacte la personne dans son quotidien et qui est source de souffrance.

Nous pouvons parler de « distorsion de l'image du corps ». Je comprends le terme « image du corps » comme l'emploie Potel : « *l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* » (Potel, 2019, p. 151). Elle s'élabore au travers de différents vécus émotionnels et relationnels et est comme la mémoire de nos expériences. Il y a donc une notion d'évolution dans l'image du corps. En effet, la perception que l'on a de notre corps et de ce que nous renvoyons aux autres est en perpétuel remaniement, en fonction des expériences et « *des éprouvés du corps* » (Potel, 2019, p. 152). Cette évolution est plus importante lors de l'adolescence avec tous les changements corporels plus ou moins rapides que cette période engendre.

2.2.5 Fonction exécutive

On observe un style cognitif commun dans l'anorexie mentale. On retrouve un défaut de la cohérence centrale, de la flexibilité mentale et de la concentration.

Antoine, professeur en psychopathologie, rassemble différents travaux avançant l'hypothèse que l'on retrouve en effet un défaut de la cohérence centrale chez les patientes anorexiques.

La cohérence centrale est « *un style cognitif qui privilégie un traitement fragmenté des informations plutôt qu'intégré en un tout global* » (Antoine, 2015, p. 158). Les patientes vont davantage se concentrer sur des détails, au lieu d'observer l'objet dans sa globalité. Cela accentue les difficultés de représentations corporelles avec des préoccupations démesurées concernant certaines parties du corps, telles que les parties plus féminines (abdomen, cuisses, seins, fesses).

Associé à la cohérence centrale, le défaut de flexibilité mentale est un facteur de risque d'apparition et de maintien du trouble selon de nombreux auteurs (Antoine, 2015, p.

160). La flexibilité mentale est la capacité d'adaptation face à une situation. On observe alors « *des raisonnements rigides et des persévérations mentales et comportementales* » (Antoine, 2015, p. 60).

Cela nous renvoie à la capacité de concentration, qui fait également défaut, à cause des persévérations mentales. La concentration se réfère à la capacité d'orienter volontairement son attention sur une tâche donnée. Les patientes se sentent envahies de pensées, principalement sur les thématiques alimentaires et corporelles. Ces pensées envahissantes mobilisent toute leur attention et « tournent en boucle », comme peuvent l'exprimer les patientes. En effet, Sarrola, psychomotricienne, note des « *décrochages de l'attention et un regard absent* » qui peut être observé en fonction des phases d'évolution des patientes (Sarrola, 2009, p. 211).

De plus, il est fréquent de retrouver des types de personnalité pouvant être perfectionnistes. Elles cherchent constamment à atteindre une excellence difficilement accessible. Cela augmente l'anxiété et la peur de l'échec. Le constat de leurs échecs face à ces exigences presque impossibles affaiblit également leur estime de soi.

2.2.6 Identification des émotions

Comme vu dans la partie sur le tonus, on peut observer une mise à distance des sensations. Les perceptions de leur corps peuvent être trop angoissantes à gérer. Le corps est alors mis à distance. Cette mise à distance entraîne des difficultés émotionnelles, voire la présence d'une alexithymie.

Selon Rommel et Nandrino (2015, p. 120), l'alexithymie se caractérise par :

- « 1) une difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer de ses sensations,
- 2) une difficulté à pouvoir exprimer ses émotions à autrui,
- 3) une limitation de la vie imaginaire,
- 4) un style cognitif tourné vers l'extérieur et le factuel ».

Chez les patientes atteintes d'anorexie mentale, les difficultés se portent davantage sur l'identification et la description des états émotionnels. De plus, elles ont tendance à tenter d'éviter les situations pouvant faire émerger des sensations négatives, afin de ne pas ressentir les émotions pénibles que cela peut déclencher.

Ces troubles d'identification émotionnelle peuvent s'expliquer par un déficit de conscience intéroceptive, comme le nomme Rommel et Nandrino (2015). Ils le définissent comme une difficulté « *à prendre conscience de leurs propres sensations corporelles et notamment à repérer les signaux physiologiques associés aux états émotionnels* ». En effet,

j'ai pu rencontrer des patientes affirmant ne pas réussir à sentir de sensation de faim ou de satiété par exemple, ou bien émettant des difficultés à percevoir les alertes physiologiques de leur corps, telles que des tremblements ou une augmentation du rythme cardiaque en situations anxiogènes. Ce déficit entraînerait des vécus émotionnels moins intenses chez ces patientes.

2.2.7 Investissement de l'espace

Tout d'abord, l'espace peut se définir comme un lieu. « *En psychomotricité, la notion d'espace se rapporte à la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise.* » (Ignazio et al., 2018). Je m'intéresse alors ici aux capacités d'exploration de l'espace environnant de l'individu.

Nous pouvons retrouver une diminution de l'amplitude des mouvements et un investissement de l'espace environnant amoindri. Sarrola évoque « *une réduction de l'espace d'action à un espace autocentré* » (Sarrola, 2009, p. 211). Nous pouvons parler d'appauvrissement de la kinésphère. C'est-à-dire de l'espace atteignable autour de soi.

Je fais l'hypothèse que cet investissement faible de l'espace environnant peut être mis en lien avec la mise à distance du corps et l'estime de soi. En effet, mobiliser son corps dans l'espace demande de se concentrer sur son corps. De plus, le mouvement apporte des informations sensorielles tandis que ces patientes cherchent à les éviter. La rigidité tonique contraint également les amplitudes qui sont alors moins grandes lors des déplacements dans l'espace.

2.2.8 Perception du temps

Comme tout un chacun, la perception du temps est propre à soi-même. Elle évolue en fonction de nos expériences et de nos ressentis. La notion de temps est subjective. On parle de temporalité.

Les temps de la journée des patientes anorexiques peuvent être entièrement dédiés aux obsessions, principalement alimentaires, qui les envahissent. Les ruminations prennent alors toute la place. Certaines patientes trouvent le temps long, tandis que d'autres, souvent prises dans une hyperactivité, qu'elle soit physique ou intellectuelle ont une perception du temps très rapide. Certaines essaient peut-être finalement de contrôler également le temps, en occupant à outrance leur journée.

Nous pouvons également penser l'anorexie comme un symptôme permettant de retarder le temps qui passe, la puberté, encore une fois dans une recherche de contrôle. En

effet, l'anorexie peut être le symptôme d'un passage difficile à l'âge adulte, à un corps sexualisé et à une différenciation de l'autre.

2.2.9 *Impact sur la relation*

Tel que mentionné précédemment, un tonus élevé ne permet pas la communication à travers celui-ci et entraîne un repli sur soi. Comme le nomme justement Sarrola (2009, p. 211), on observe également une diminution de la communication non verbale, les mimiques sont moindres et nous pouvons nous retrouver face à un corps figé, les interactions se rigidifient et impactent les relations interpersonnelles.

Les ruminations associées au défaut de concentration et de flexibilité mentale empêchent également ces patientes de s'ouvrir aux autres et à la relation.

3. Sentiment de sécurité interne

Mon propos se consacre à présent sur l'intervention des interactions précoces dans la construction du sentiment de sécurité interne lors des premiers âges de la vie. Je développerai ensuite comment l'adolescence vient désorganiser les repères corporels et psychiques de l'individu et donc chambouler le sentiment de sécurité. Nous verrons par la suite comment nous avons tenté de consolider cette sécurité interne en rejouant des expériences vécues pendant l'enfance en séance.

3.1 Élaboration du sentiment de sécurité interne

Même si le sentiment de sécurité interne ne s'élabore pas uniquement à travers les interactions précoces, je décide de me concentrer sur l'apport de ces éléments dans cette construction.

Lorsque le bébé naît, il vit un premier sentiment d'insécurité. Il passe avec brutalité d'un monde aquatique, enveloppant et sécurisant au sein du ventre de sa mère, à un monde aérien. Comme le relate Dodin (2018, p. 121), « *l'accouchement nous confronte à une première expérience de la mort* ». Les alvéoles pulmonaires doivent immédiatement se déployer afin d'assurer la survie. Pour se remettre de tout ce chaos et pouvoir se représenter toutes les entrées sensorielles qui lui parviennent, le bébé doit se construire une conscience de soi et une sécurité interne stable. Cela lui permettra de pouvoir explorer le monde et vivre ses expériences. Cette sécurité de base se construit notamment grâce aux expériences sensori-motrices que va vivre le bébé avec le soutien, par la relation, de

l'adulte. À la naissance, le bébé est dans un état de dépendance à l'autre total. Pour se développer et construire ce sentiment de sécurité interne, il a besoin de vivre des « *interactions corporelles et affectives* » de qualité avec son environnement (Dodin, 2018, p. 122).

Nous allons voir plus en détails, l'importance de l'autre dans cette construction, à travers les notions de « *holding* » et de « *handling* » et de la « *mère suffisamment bonne* » développées par Winnicott, célèbre pédiatre psychanalyste britannique. Nous aborderons également l'importance du « *dialogue tonique* », notion développée par Ajuriaguerra, père de la psychomotricité. Je m'appuierai sur la théorisation de Bonneville-Baruchel, docteur en psychologie, concernant les facteurs nécessaires à l'édification du sentiment de sécurité.

3.1.1 Facteurs principaux

À la suite de recherches universitaires et d'une expérience pratique opérée sur douze années, Bonneville-Baruchel identifie trois facteurs principaux nécessaires à la construction du sentiment de sécurité.

Tout d'abord, il faut que l'enfant vive des « *expériences de soins adaptés et de réconfort avec sa figure de sécurité principale* ». Elle entend par figure de sécurité, la personne stable et disponible que le bébé investit, « *celle qui nourrit, soigne, console et rassure le plus souvent* » (2014, p. 33). Le bébé vit alors des expériences de sécurité, avec une figure qui répond à ses besoins lorsqu'il les exprime. Nous pouvons ici relier ce facteur aux notions de holding et de handling ainsi qu'à celle de dialogue tonique.

Le second facteur se réfère à la « *possibilité qu'a le bébé d'absenter tranquillement sa figure de sécurité* » (2014, p. 33), dans un premier temps en présence de sa figure, tout en sachant qu'elle est là et qu'elle peut répondre à ses besoins s'il le souhaite. Par la suite, l'enfant grandit et est de plus en plus capable d'attendre car il a acquis des capacités de représentation lui permettant d'imaginer sa figure en son absence pour se rassurer.

Le troisième facteur concerne « *l'adaptation respectueuse de l'environnement [...], aux rythmes et à la temporalité psychique de l'enfant* » (2014, p. 33). En effet, Ciccone et Mellier cité par Bonneville-Baruchel (2014, p. 33), ont prouvé que le rapport au temps est subjectif et qu'il « *évolue en fonction de la durée de vie d'un individu et de son état émotionnel* ». Il est important de prendre en compte cela dans l'accompagnement d'un enfant, notamment concernant le rapport au temps de séparation. Auprès d'un nouveau-né,

ils se doivent d'être brefs puis ils peuvent s'espacer de plus en plus. Je relie ce facteur aux phénomènes décrits par Winnicott de « *préoccupation maternelle primaire* » et de « *mère suffisamment bonne* ».

3.1.2 Apports de Winnicott

- **Holding et Handling**

Le bébé n'a pas tout de suite les capacités de compréhension d'un adulte. La communication passe alors notamment par « *la manière dont le bébé est tenu, porté, manipulé, et touché* » (Dodin, 2018, p. 122).

Tout d'abord, le « *holding* » signifie maintien. Il correspond à la manière de porter son enfant, autant physiquement que psychiquement (Winnicott et al., 2006). Ce portage physique, lorsqu'il est de bonne qualité (quand l'enfant se sent soutenu), l'amène à avoir confiance en son environnement. L'enfant revit alors des sensations de la vie intra-utérine qui le rassurent. Comme le soutient Ponton, l'enroulement nous fait vivre « *une sensation d'unité par le rassemblement des extrémités* ». De plus, « *la courbe du dos donne dans l'enroulement un appui arrière, véritable contenant de sécurité* » (Ponton, 2007). La figure parentale porte également psychiquement le bébé, à travers sa présence, sa manière de comprendre les émotions de son bébé, son regard et son soutien verbal. Il se sent alors en sécurité et devient peu à peu capable de se détacher de ses parents pour aller vivre ses propres expériences. Comme le dit Robert Ouvray, « *soutenir un bébé, c'est le tenir et lui assurer une sécurité corporelle* ». Elle entend le verbe tenir autant dans le portage physique que dans le soutien par l'accompagnement de « *mots et d'affects des expressions corporelles et émotionnelles* » du bébé (Robert-Ouvray, 2007, p. 209).

Winnicott développe également la notion de « *handling* » qui signifie manipulation. Cette notion se réfère aux soins corporels effectués au bébé afin de répondre à ses besoins physiologiques et émotionnels. La satisfaction de ses besoins physiologiques (la faim, la soif, le sommeil...) permet au bébé de se sentir en sécurité et confortable. Par les réponses de sa figure sécuritaire, le bébé crée une relation de confiance avec cette dernière. Ses soins permettent également au bébé de percevoir l'organe de la peau, ce qui lui permet de prendre conscience de l'intérieur et de l'extérieur de son corps. Il perçoit qu'il possède une barrière protectrice entre le dedans et le dehors. Cela nous renvoie aux travaux de Anzieu et à la notion de Moi-Peau que Lesage explique simplement : « *La peau s'impose en*

premier lieu en tant qu'organe frontière, contenant, étayant une représentation archaïque de soi » (2012a, p. 114). Les contacts corporels et ces expériences sensori-motrices, permettent de prendre conscience des limites du corps et notamment de son rôle de « pare excitation ». Nous verrons ce point au cours de la discussion théorico-clinique, en lien avec le suivi d'une patiente atteinte d'anorexie mentale.

Le holding et le handling participent tous deux au sentiment de sécurité interne en montrant la fiabilité, la continuité et l'adaptation de l'environnement envers le bébé. J'entends par environnement, toute personne prenant soin de l'enfant (figure maternel ou paternel, soignants...).

- **La mère suffisamment bonne**

Voyons à présent quelles conditions permettent, selon Winnicott, de faire vivre des expériences sécuritaires dans une continuité et une adaptation à ses besoins.

Selon Winnicott, de la fin de la grossesse jusqu'aux premiers mois de vie du bébé, la mère se trouve dans une « *condition psychologique* » particulière qu'il nomme « *préoccupation maternelle primaire* » (Winnicott et al., 2006, p. 39). Elle se retrouve dans un état d'hypersensibilité qui lui permet « *de s'adapter aux tout premiers besoins* » (2006, p. 41) de son enfant en lui apportant des réponses fiables et stables au bon moment. Grâce à cette adaptation, presque de l'ordre du dévouement total, le sentiment de sécurité de l'enfant se développe et la base de la relation avec sa mère s'édifie.

Au fil des semaines, un processus évolutif de cet état se met en place, en parallèle de l'évolution de l'enfant. Le bébé est de plus en plus capable de s'autonomiser et d'attendre. Comme le souligne Bonneville-Baruchel, la temporalité du bébé évolue également. La mère n'a alors plus besoin de répondre immédiatement aux besoins du bébé. Winnicott parle de la « *mère suffisamment bonne* ». Comme vu plus haut, le bébé se sent en sécurité et est capable de se détacher de sa figure sécuritaire. La « *mère suffisamment bonne* » doit s'ajuster aux nouveaux besoins de son enfant et trouver la bonne distance. En effet, si la mère répond encore aux besoins de l'enfant comme pendant la période de « *préoccupation maternelle primaire* », dans une surprotection, cela viendra impacter l'autonomie de l'enfant et sa confiance en lui. D'autre part, une mère trop distante viendra créer un sentiment d'insécurité. Le bébé a besoin de se sentir soutenu, de savoir que sa figure est présente en cas de besoin, mais doit pouvoir s'autonomiser et se différencier afin de devenir sa propre figure de sécurité, en l'absence de l'autre.

3.1.3 Dialogue tonique

En lien avec la manière dont l'environnement soutient et accompagne le bébé, nous retrouvons la notion de dialogue tonique. Comme le souligne Dodin, « *la qualité de cette sécurité de base dépend de la qualité des interactions corporelles et affectives du bébé avec son milieu* » (2018, p. 122). Le bébé n'ayant pas encore acquis la parole, les échanges entre sa figure maternelle et lui peuvent se faire à travers le dialogue tonique. À la suite des travaux de Wallon, De Ajuriaguerra, développe ce concept. Il l'explique ainsi :

Processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles. Par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque. (1985, p. 272)

Le bébé peut faire comprendre à sa figure ses besoins à travers son tonus. Lorsqu'il est porté, il se met en mouvement dans les bras de sa mère et se rigidifie si la posture ne lui convient pas. Des allers-retours s'effectuent entre eux jusqu'à trouver le bon ajustement. Ce dialogue tonique apaise le bébé. Lorsqu'il pleure, la mère adapte son soutien en ajustant son tonus, son regard, sa verbalisation et sa tonalité de voix afin de le soulager. Par ces réponses et ces ajustements, le bébé se sent en sécurité auprès de sa figure.

Comme nous venons de le voir, le tonus et les émotions sont liés. Ajuriaguerra parle du dialogue tonique comme « *reflet des états émotionnels des 2 partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* ». Il confère au dialogue tonique un rôle de communication affective. Le tonus est vecteur des émotions. Comme le souligne Housseini-Houy et al., « *Bébé fait l'expérience des émotions de ses partenaires à partir des modifications toniques et rythmiques qu'il perçoit dans le portage* » (2022, p. 356). Une relation affective se crée entre la figure et son bébé. Le portage, à travers la notion de holding et de dialogue tonique, permet à l'enfant de tisser une relation de confiance et de sécurité avec sa figure sécuritaire.

3.2 L'adolescent et son corps

L'adolescence engendre une préoccupation importante du corps causé par ses changements radicaux qui rendent ce corps étranger aux yeux de l'individu. Les adolescents ont un

« *travail de réappropriation d'un corps qui pour l'instant les déroutent* » à effectuer (Potel & Marcelli, 2015, p. 58).

Les repères corps et psyché sont perturbés ainsi que le sentiment de sécurité interne. Concernant les transformations corporelles, pendant l'enfance, le corps des filles et des garçons sont peu différenciés. La puberté vient sexuer les représentations corporelles. « *Les changements physiologiques du corps signent l'accès à une maturité du corps sexué* » (Potel & Marcelli, 2015, p. 62). Le développement des caractères sexuels primaires et secondaires perturbe les représentations corporelles et renforce la distinction des genres.

Chez les jeunes filles, on observe un élargissement des hanches, le développement des seins, une augmentation de la graisse corporelle, principalement au niveau des hanches et des cuisses, ainsi que l'évolution de la pilosité. Ces changements changent également le regard de l'autre et appellent au regard sexualisé sur le corps. Arrivent également les premières menstruations, pouvant appuyer cette dimension du corps sexualisé et le passage d'enfant à femme.

Concernant les garçons, ils subissent des changements, principalement autour de la pilosité, du développement des tissus musculaires et de l'amaigrissement de la masse grasseuse. On observe également un élargissement des épaules, un développement du volume testiculaire et des dimensions de la verge avec l'apparition des érections ainsi qu'une mue de la voix.

L'adolescent est alors dans une période de grande vulnérabilité. « *La violence du processus et la rapidité des changements subis font que toute agression, même subjective ou non fondée, est vécue comme nuisant à l'estime de soi.* » (Dodin, 2018, p. 51).

Dodin (2018) identifie quatre changements principaux dans la construction identitaire de l'adolescent.

Tout d'abord, le développement pubertaire, qui engendre des changements psychocorporels déboussolant.

D'autre part, la réflexion cognitive et les capacités d'abstraction se développent. Le jeune est alors d'autant plus en capacité d'élaborer des pensées tournées vers le futur. Il peut alors être pris dans des « *projections d'autonomie future* » qui se lient à de l'anxiété anticipatoire, ce qui est d'autant plus prégnant chez les adolescents ayant une faible estime d'eux-mêmes (Dodin, 2018, p. 51).

Les liens sociaux se modifient également. La famille n'est plus au centre des préoccupations de l'adolescent. Elle « *ne constitue plus l'espace vital de l'enfant* ». Le

groupe de pairs est alors de plus en plus investi. De nouveaux types de relations peuvent émerger. D'après Dodin, elles sont d'autant plus « *basées sur la compétition et la coopération* » (Dodin, 2018, p. 52).

L'identité de l'adolescent est alors à reconstruire. Nous pouvons parler d'un « *développement d'un « nouveau Moi* » » (Dodin, 2018, p. 52). Le jeune va se réapproprier un Moi, capable de se projeter dans l'avenir, de se différencier de ses parents et capable de faire des choix par lui-même et d'endosser une responsabilité.

Chez les jeunes atteints d'anorexie mentale, ces chamboulements sont sources d'inquiétudes fortes associées à une perte de repères et de maîtrise, « *le perfectionnisme, comme la maîtrise pondérale visent à reprendre le contrôle de soi et des événements* » (Dodin, 2018, p. 52). Le sentiment de sécurité interne est alors mis à mal par tous ces remaniements (psychique, relationnel, affectif et corporel).

Partie clinique

1. Présentation du pôle TCA

1.1 Présentation générale

J'effectue mon stage au sein du pôle TCA d'un centre hospitalier. Ce service accueille des patients atteints de troubles des conduites alimentaires, essentiellement de type anorexie mentale restrictive. Ce public est majoritairement féminin et adolescent ou jeune adulte.

L'équipe est composée de médecins psychiatres, d'un interne, d'une cadre de santé, d'infirmiers et infirmières, d'ASH (Agent de services hospitaliers), de trois psychologues, deux psychomotriciennes, d'un enseignant en APA (Activité physique adaptée) et d'une assistante sociale.

1.1.1 Dispositif de soin

Toutes les patientes souffrant d'un TCA sont d'abord reçues au centre référent. Ce centre se trouve en dehors de l'unité TCA et a pour mission le diagnostic ainsi que l'orientation des patientes vers les soins les plus appropriés pour elles. Des consultations médicales et paramédicales y sont proposées. Si une patiente est orientée au sein de l'unité TCA de l'hôpital, différents dispositifs peuvent lui être proposés : consultation en ambulatoire, hôpital de jour ou hospitalisation complète. Cette diversité de prise en charge permet de s'adapter au mieux aux besoins des patientes en fonction de la gravité de la maladie. Les parcours de soins sont uniques et les patientes peuvent passer d'une modalité de prise en charge à l'autre.

- Consultation en ambulatoire

Une prise en charge en ambulatoire est possible. Les patientes viennent à l'hôpital à temps partiel, uniquement pour le temps de la séance prévue. Les entretiens psychiatriques y sont systématiques. Des séances de psychomotricité et des entretiens psychologiques peuvent être indiqués. On retrouve généralement cette modalité de soin dans la continuité d'un suivi en hospitalisation de jour ou complète. Ces consultations permettent notamment un accompagnement vers une réintégration progressive dans leur quotidien.

- **Hôpital de jour**

À l'hôpital de jour, les patientes sont accueillies entre une à quatre journées par semaine. Différentes prises en charge sont proposées à la journée : des soins individuels tels que des entretiens psychiatriques, psychologiques et familiaux ainsi que des séances de psychomotricité et de soins de bien-être par les infirmiers. Différents groupes thérapeutiques sont également proposés (groupe contes, groupe corps et voix, groupe expression par le jeu, olfactothérapie, balnéothérapie...). La pluridisciplinarité, prégnante dans ce service, est indispensable pour l'étayage et le soin des patientes qui présentent un TCA et qui ont des besoins de contenances importants.

Au sein de l'hôpital, les services d'hospitalisation complète et de jour sont séparés. Les équipes infirmières sont distinctes. Seuls les professionnels paramédicaux et médecins naviguent entre les deux unités.

- **Hospitalisation complète**

Au cours de mon stage, j'ai essentiellement été en contact avec les patientes et les équipes de l'hospitalisation complète. **Je m'attacherai alors à développer plus amplement l'hospitalisation complète pour la suite de mon écrit.**

Critères d'hospitalisation

On retrouve ce type d'hospitalisation principalement pour les patientes atteintes d'anorexie mentale restrictive. Si la maigreur extrême est un critère d'hospitalisation, il n'est pas le seul. Le service prend également en compte la souffrance psychique exprimée par la patiente. Il n'y a pas de seuil d'IMC prédéfini pour rentrer en hospitalisation. Les urgences somatiques, dues à un IMC significativement bas, sont généralement d'abord orientées en service d'endocrinologie. Ce service s'occupe de la renutrition et de la récupération des fonctions vitales. Une fois que l'état somatique de la patiente est stabilisé notamment grâce à la renutrition orale ou par sonde nasogastrique, les patientes sont transférées au sein de l'unité TCA.

Cette unité faisant partie du pôle psychiatrique de l'hôpital, son objectif est d'amener les patientes vers un cheminement psychique qui leur permettra de se réinsérer au mieux dans leur quotidien. Ce cheminement concerne notamment le remaniement psychique et corporel qui se joue à l'adolescence, amplifié lorsque la personne souffre d'un

TCA. Les patientes en hospitalisation complète y séjournent pendant plusieurs mois. La moyenne est de six mois mais peut varier de quelques mois à plus d'une année.

Cadre de soin

Une fois hospitalisée, un psychiatre référent est attribué à la patiente et effectue un entretien d'entrée afin d'apprendre à la connaître et d'évaluer son état physique et psychique. Un temps de séparation en chambre est imposé systématiquement durant deux semaines. Nous pouvons voir ce temps comme un temps d'observation, permettant aux soignants d'apprendre à connaître les patientes et inversement. Une alliance thérapeutique se crée, les patientes prennent conscience que l'équipe peut être un moyen de réassurance, un appui solide. Ce temps est également une pause pour les parents et l'enfant. Il arrive que les parents deviennent davantage « soignants » de leur enfant. Cette séparation permet ensuite de mieux se retrouver. Les patientes peuvent également se rendre compte, car il arrive qu'elles soient dans des mécanismes de fusion avec leurs parents, qu'il est possible de se séparer de ses proches et qu'ils soient tout de même toujours présents.

Le psychiatre établit, avec la patiente, un contrat de soin, avec des ouvertures de cadre par pallier, en fonction de l'évolution pondérale et de l'état psychique de la patiente. Les ouvertures de cadre vont d'un accès aux temps collectifs à des jours de permission de sortie de l'hôpital le week-end.

Un poids minimum de sortie est également calculé. Cependant, ce poids n'est qu'une indication minimale. Les patientes savent qu'il ne suffit pas d'atteindre ce poids minimum fixé pour sortir immédiatement de l'hospitalisation. La décision d'une sortie d'hospitalisation est pluridisciplinaire et réfléchi en fonction de l'état de santé somatique et psychique de la patiente. De plus, une réinsertion au monde extérieur est pensée, généralement avec des jours de retour à la scolarité (collège, lycée) avant la fin de l'hospitalisation

1.1.2 Différents intervenants

Je vais à présent vous introduire les différents intervenants présents au sein du service d'hospitalisation complète.

Les interventions des médecins psychiatres et internes sont orchestrées par un médecin coordinateur. Ce dernier a pour rôle de garantir le bon fonctionnement du service et la coordination des soins.

Spécialisés dans la prise en charge de pathologies psychiatriques, ils suivent les patientes au cours d'entretiens en présence d'un infirmier à raison de deux fois par semaine. C'est alors l'occasion de faire le point sur l'avancée des soins, sur leur humeur, leurs besoins, des potentielles adaptations de traitements, de définir des ouvertures de cadre, de leur apporter une compréhension de leurs différents symptômes, etc.

L'équipe infirmière (majoritairement féminine) est au quotidien auprès des patientes. Les infirmières accompagnent les patientes dans les différents moments de la journée : repas, temps collectifs, sorties extérieures, entretiens médicaux et familiaux, « soins bien être », animations de groupes thérapeutiques (balnéothérapie, jeux de rôle...). Elles font le lien entre les patientes et les différents professionnels.

Les temps collectifs sont proposés aux patientes deux fois par jour, un en fin de matinée et un autre en fin d'après-midi. Certains se font en présence d'infirmières et d'autres sont en autonomie. Les patientes font alors des jeux de société, des activités manuelles, regardent un film, jouent au baby-foot, etc.

Concernant la médiation « soin bien être », en fonction des demandes du patient, des soins leur sont proposés, à raison d'une fois par semaine. Les propositions peuvent être : des massages, des temps de coiffure, des lectures de contes, etc. Cet espace permet d'offrir un moment privilégié pour la patiente avec une infirmière et de renforcer l'estime de soi et l'envie de prendre soin de soi et de son corps.

Les psychologues se coordonnent pour proposer leurs soins aux patientes lorsque ces dernières en ressentent le besoin et sont prêtes à débiter ce travail (entretien individuel, hypnose, séance de groupe avec médiation photolangage). De plus, des thérapies familiales sont proposées. Lorsqu'elles ont lieu, elles sont systématiquement effectuées par une des psychologues qui n'assure pas le suivi de la patiente en individuel.

Les psychomotriciennes se répartissent les patientes de l'unité et proposent toutes deux des séances individuelles ou groupales. Les soins psychomoteurs sont systématiquement indiqués aux patientes entrant en hospitalisation complète.

À la suite d'un bilan psychomoteur, des objectifs thérapeutiques se dessinent en fonction des besoins de la patiente et le choix de différentes médiations pour y répondre se profilent (toucher-massage, relaxation, jeux, danse, séance à médiation vidéo).

Voici une liste non exhaustive d'objectifs thérapeutiques pouvant être définis en psychomotricité :

- Renforcer la prise de conscience corporelle (représentations corporelles, et réinvestissement des sensations corporelles). Ce travail peut participer à réduire les dysmorphophobies ;
- Renforcer l'estime de soi et l'affirmation de soi ;
- Retrouver plaisir à investir son corps en mouvement ;
- Identifier ses émotions et pouvoir les exprimer ;
- Accéder à la détente (pour faire face à l'anxiété massive).

Tout cela au sein d'un espace sécurisé avec l'élaboration d'une relation de confiance entre la patiente et la psychomotricienne.

1.2 Soins psychomoteurs

Je décide de prénommer ma maîtresse de stage Patricia pour faciliter la fluidité de lecture de l'ensemble du mémoire.

Ma maîtresse de stage rencontre les patientes de l'hospitalisation complète qu'elle prend en charge, à raison de deux fois par semaine. Les séances durent d'abord trente minutes et se déroulent en chambre, puis passent à quarante-cinq minutes en salle de psychomotricité en fonction de l'évolution de la prise en charge, en lien avec la renutrition et l'état de fatigue des patientes. À la suite du bilan psychomoteur, si l'état somatique des patientes le permet, ou grâce aux informations des autres professionnels et à la suite d'un court entretien dans le cas où un bilan n'est pas possible, un projet thérapeutique est établi. Différentes médiations peuvent être proposées afin de s'adapter aux mieux à leurs besoins. On retrouve les toucher-massages relaxants, la somato-psychopédagogie (SPP), des techniques d'automassage, de la relaxation dynamique, des séances de jeux autour de la mise en mouvement du corps dans l'espace, de la balnéothérapie, des séances « vidéos ».

J'apporte maintenant des précisions sur certaines médiations, utilisées avec la patiente présentée ci-après, demandant un éclaircissement sur leurs modalités.

1.2.1 *Toucher-massages relaxants*

En début d'hospitalisation, au vu de la dénutrition sévère des patientes et de leur fatigabilité, les séances se déroulent en chambre. Patricia s'assure de la disponibilité des patientes à accueillir son toucher. Elle propose ce que je nommerai des « toucher-massages relaxants ». Elle a conçu quatre massages : global (ensemble du corps avec la patiente couchée sur le dos), du dos, des pieds, et du visage. Ces massages sont proposés en contact

avec les vêtements et à même la peau pour les parties du corps non couvertes (pieds, mains, visage). Ils suivent toujours les mêmes étapes, dans l'objectif d'apporter des repères et un sentiment de sécurité aux patientes.

Ces toucher-massages sont accompagnés d'inductions verbales, inspirées de méthodes de relaxation. Les inductions verbales accompagnent les gestes de la psychomotricienne. Elle amène les patientes aux relâchements des tensions, à la concentration sur leurs points d'appuis en effectuant un scan corporel, à se concentrer sur leur respiration. Elle informe également les patientes sur ce qu'elle sent ou observe, tel que leur respiration qui s'apaise, leurs muscles qui se relâchent, mais également des informations sur leur maigreur, la sensation de leurs saillies osseuses sous ses mains, etc. La séance se termine par un temps de verbalisation. Patricia les questionne sur leurs ressentis : Quelles sensations ont-elles perçues ? Est-ce que des images ont émergé pendant le massage ?

1.2.2 Somato-psychopédagogie

Ma tutrice de stage est formée à la somato-psychopédagogie (SPP). Cette méthode, issue de la fasciathérapie, consiste à jouer sur la mobilité physiologique des fascias à l'aide de pressions à la fois douces et fermes sur un rythme lent. Les fascias sont des tissus conjonctifs. Ils relient l'ensemble du corps en entourant les muscles, les os, les organes et les nerfs. Ils jouent de nombreux rôles, tels que le soutien et la protection des structures du corps, ainsi que la transmission de forces et l'absorption des chocs. Ils participent également à la proprioception.

Elle a adapté cette méthode à la psychomotricité en accompagnant ses mouvements de paroles. Elle oriente ainsi les patientes à se concentrer sur leurs sensations corporelles et les porte vers la détente, grâce aux inductions verbales de relaxation. Les séances de SPP durent une trentaine de minutes et amènent à la détente et à la perception corporelle à travers les fascias. Un moment de verbalisation a également lieu en fin de séance.

1.2.3 Séance vidéo

Lorsqu'une relation de confiance est établie entre la psychomotricienne et la patiente, si cette dernière donne son accord, une séance avec la médiation vidéo comme support peut lui être proposée. Ces patientes ayant généralement une mauvaise image d'elle-même, avec la présence de dysmorphophobies, cette médiation est proposée dans

l'objectif d'avoir un retour sur soi et sur l'image qu'elles peuvent renvoyer. La vidéo permet d'avoir un meilleur retour sur son corps dans toutes les dimensions de l'espace et non pas comme sur une photo ou face au reflet du miroir où l'image est davantage figée.

Le début de ces séances commence par un temps face caméra. Il est préférable que la patiente porte une tenue vestimentaire permettant de percevoir correctement sa silhouette. En fonction des patientes, nous nous mettons en scène de différentes manières : danse, marche ou course libre dans l'espace, imagination d'un défilé de mode, séquences assises, etc.

À la suite de ce court temps de prise de vidéo, nous les visionnons. La psychomotricienne questionne la patiente sur ce qu'elle a pu ressentir pendant la séquence vidéo, et ce que cela lui fait vivre, en voyant les images. Nous partageons également nos ressentis sur nous-même et sur ce que peut nous renvoyer la patiente.

1.3 Ma place de stagiaire

Au cours de la troisième année de formation, le but des stages est d'approfondir nos connaissances cliniques mais aussi de prendre une place active, professionnalisante au sein de la structure.

Je commence ce stage en étant observatrice lors des séances de psychomotricité. Nous pouvons qualifier ma place d'observatrice active. En effet, même en tant qu'observatrice, ma présence a forcément une incidence sur le déroulé de la séance. Je suis alors présente dans la relation et Patricia m'invite à partager mes ressentis en fin de séance. Cela permet également de rassurer les patientes sur ma présence et de m'introduire doucement aux séances, afin que je puisse prendre une place plus active plus naturellement.

Au début de mon stage, j'assiste essentiellement à des séances individuelles en chambre. L'évolution de ma participation se fait progressivement. Patricia me forme aux techniques de toucher-massages relaxants, puis je les propose aux patientes que nous suivons au bout de quelques semaines de stage. Au départ, elle accompagne mes gestes de sa voix puis, une fois les techniques de massage mieux intégrées, j'effectue seule les toucher-massages relaxants en accompagnant les patientes de ma propre voix.

À la fin du mois de novembre 2022, je crée en autonomie un groupe thérapeutique de trois patientes. Je nomme ce groupe « jeu psychomoteur ». Tous les lundis matin,

accompagnée d'un infirmier différent à chaque séance, je mène l'animation de ce groupe avec la supervision de ma maîtresse de stage.

Les objectifs de ce groupe étaient de :

- Permettre une meilleure perception corporelle ;
- De favoriser l'expression de ses sensations (corporellement et verbalement) ;
- De Favoriser l'entrée en relation au travers d'expériences groupales multiples en s'appropriant son corps comme un outil relationnel ;
- S'approprier par les différentes expériences proposées le mouvement comme source de plaisir.

Après un temps d'accueil et de verbalisation, suivi d'un temps d'échauffement ritualisé, je proposais différentes expériences de jeu, certaines en groupe, en binôme ou en individuel. Je proposais des jeux de groupe, d'opposition, en miroir, de mime, de rythme.

Mon stage évolue, les patientes aussi, et certaines d'entre elles quittent l'hospitalisation complète et par conséquent le groupe également. Il n'y a pas d'autres indications de patiente. Mon groupe se termine alors à la mi-janvier. Ces séances de groupe m'ont néanmoins permis de faire l'expérience d'un groupe : Comment le penser ? Comment créer le dispositif ? Comment le porter et le contenir ? Comment proposer des expériences variées en fonction des objectifs définis. La présence d'une infirmière et la supervision avec ma tutrice de stage étaient rassurantes et m'ont permis de me sentir en sécurité pour oser être force de propositions.

Je participe ensuite durant quelques semaines aux temps collectifs, proposés par l'équipe infirmière. Je décide d'investir ce temps avec un regard psychomoteur et pour me permettre de découvrir les patientes que nous suivons en individuel avec ma maîtresse de stage dans un autre espace.

En parallèle, des séances dynamiques en salle de psychomotricité débutent. Nous coanimons les séances. Nous jonglons entre nos propositions. Il ne m'est pas tout de suite facile de trouver ma place dans cette configuration. Petit à petit, je parviens à trouver un équilibre, voire à demander à animer par moi-même l'ensemble de séances.

2. Présentation de Clémence

2.1 Anamnèse

Clémence a tout juste 14 ans lorsque je la rencontre dans le cadre de son hospitalisation complète où elle séjournera durant six mois.

Elle est la benjamine d'une famille de trois enfants. Une bonne entente familiale est décrite entre son grand frère de 16 ans et son petit frère de 9 ans ainsi que leurs parents.

Clémence aime lire et jouer au basket. À l'école, elle a toujours eu de bons résultats. Ses parents la décrivent comme « très perfectionniste ». Une note en dessous de dix-huit sur vingt ne la satisfait pas. À la fin du CE2, elle saute une classe et intègre directement la classe de CM2 et souffre alors de harcèlement scolaire. Elle bénéficie d'un suivi psychologique pendant six mois.

En septembre 2022, Clémence entre en classe de 3^{ème}, elle sent une « forte pression sur ses épaules ». Elle est anxieuse à l'idée des enjeux de cette année scolaire. Le brevet des collèges et les réflexions autour du passage au lycée, notamment autour d'un potentiel choix de lycée différent de celui de ses amis actuels, lui procurent beaucoup de stress. Clémence craint de se retrouver seule. On retrouve chez cette jeune fille beaucoup d'anxiété, que nous pouvons apparenter à une anxiété anticipatoire et de performance. Les symptômes d'anorexie évolueraient depuis cette période. Elle se serait renseignée sur différentes façons d'effectuer un régime sur internet pendant l'été 2022. Elle confiera par la suite, au cours de son hospitalisation, qu'elle sentait le besoin de « contrôler ses angoisses par l'alimentation ».

En ce début d'année scolaire, en septembre 2022, Clémence a vécu un événement traumatique, qui aurait accéléré l'évolution des symptômes. Elle a vu son grand frère perdre brutalement connaissance. Elle l'a cru décédé jusqu'à ce qu'on lui parle d'ivresse aiguë plusieurs heures après, au service des urgences. Elle décrit cette journée comme une journée éprouvante et forte en émotions.

Clémence est reçue au centre référent TCA en octobre 2022. Un projet de soin en ambulatoire est mis en place. L'objectif, pour Clémence, est de prendre un kilogramme par mois. Cependant, très vite son état se dégrade fortement. Il lui est impossible d'ingérer quoi que ce soit. Elle ne se nourrit et ne s'hydrate plus. Clémence est consciente de la dangerosité de ce comportement mais les pensées anxieuses et envahissantes de la maladie

prennent le dessus et la submergent. Clémence est en dénutrition sévère, elle est hospitalisée quelques semaines plus tard au service de pédiatrie en urgence afin de surveiller attentivement son état somatique. Une sonde naso-gastrique est posée.

2.2 Cadre de son hospitalisation

Au cours du mois de décembre 2022, Clémence est transférée en hospitalisation complète au sein du service TCA où j'effectue mon stage. À son entrée, elle pèse 35,6 kilogrammes et mesure un mètre et soixante centimètres, ce qui correspond à un IMC de 13,8, qualifié de sévérité extrême d'après le DSM-5.

L'entretien d'entrée est effectué par une médecin psychiatre qui deviendra sa référente et l'interne en médecine. Au cours de cet échange, sa thymie est basse. Une agitation psychomotrice est décrite, Clémence bouge sur sa chaise de manière anxieuse. L'interne en médecine parle d'un discours circonvolutoire, c'est-à-dire que Clémence répète sans arrêt la même chose. Il est alors impossible de la rassurer. Elle expose des symptômes d'anxiété notamment autour des repas et parle d'une « boule de feu » dans sa gorge quand elle essaie de se nourrir. Elle dit être envahie par les pensées de la maladie, pensées qui prennent toute son attention et dont il est difficile de se détacher. De plus, on note la présence de dysmorphophobie. Elle dit se voir « énorme dans le miroir » et cela, d'autant plus depuis la pose de la sonde naso-gastrique. Des troubles du sommeil sont également mentionnés. Clémence se réveille en pleine nuit et ne parvient pas à se rendormir à cause de cet envahissement de pensées.

Un contrat de soin est mis en place au début de son hospitalisation. Après les deux semaines « d'isolement », une visite des parents durant trois heures le week-end est convenue. Clémence est autorisée à utiliser son téléphone une fois par semaine pendant une heure. Les repas sont, dans un premier temps, servis en chambre. Par la suite, des repas thérapeutiques, d'abord seule avec deux membres de l'équipe infirmière puis avec d'autres patientes en salle à manger, seront proposés.

Le contrat de soin de Clémence n'est pas établi en fonction du poids mais avec des ouvertures de cadre d'une semaine à l'autre qui sont discutées en fonction des demandes de Clémence et de son état psychique, toujours en accord avec sa psychiatre.

Cette modalité est choisie car Clémence prend du poids rapidement, sans grandes difficultés. Elle atteindrait trop vite les différentes ouvertures avec une modalité de cadre

classique. De plus cela lui permet de ne pas se concentrer uniquement sur la reprise de poids.

Les ouvertures prévues sont les suivantes :

- Accès au temps collectif de la matinée ;
- Autorisation de visite en présence de ses frères ;
- Accès au temps collectif du soir ;
- Permission de sortie le week-end : une demi-journée ;
- Permission de sortie le week-end : une journée ;
- Permission de sortie le week-end : une journée et une nuit ;
- Permission de sortie le week-end : week end entier avec deux nuits.

Le poids minimum à atteindre avant de sortir est de quarante-cinq kilogrammes pour Clémence. Comme vu plus haut, Clémence sait que l'atteinte de ce poids ne signifie pas une sortie immédiate de l'hôpital.

Je vais à présent vous exposer le cas de Clémence, en m'appuyant sur notre première rencontre pour ensuite développer l'élaboration du projet de soin. Je relaterai les séances chronologiquement afin de vous témoigner l'évolution des séances. Elles ont débuté en chambre avec le toucher-massage relaxant comme médiation. Puis, à la suite d'un bilan psychomoteur, le dispositif de soin a évolué vers des séances en salle de psychomotricité, centré sur le mouvement.

2.3 Première rencontre : octobre

Lors de notre première rencontre, le suivi débute tout juste. Clémence et Patricia se sont rencontrées à trois reprises au cours de séances de toucher-massages relaxants.

Je rencontre Clémence pour la première fois après le repas du midi, à l'heure de la séance. Clémence est au courant de mon arrivée. Ma maîtresse de stage et moi entrons dans sa chambre et nous la trouvons couchée, endormie sur son lit. Elle se réveille doucement à notre arrivée.

Je découvre une jeune fille menue aux cheveux châains et ondulés. Elle est vêtue d'un sweat à capuche et d'un legging. Je perçois sa maigreur cachée sous ses vêtements amples qui ne sont plus ajustés à sa taille. Son visage enfantin est scindé d'une sonde naso-

gastrique. Elle émerge doucement de son sommeil au côté de son doudou. Je m'attendais à voir une jeune adolescente de 14 ans mais j'ai le sentiment de découvrir une petite fille. Je m'interroge alors sur cette image qu'elle me renvoie. Autant physiquement que par la suite dans ses attitudes, je l'identifie davantage à une petite fille qu'à une adolescente de 14 ans. Elle me paraît épuisée, autant physiquement que mentalement. Je me sens désolée de la réveiller. Son regard est triste, sa détresse et sa recherche d'aide semblent transparaître dans son regard. Ses sourcils tombent. Elle ne sourit pas.

Nous sommes maintenant à son chevet, elle ne se redresse pas et nous regarde. Patricia me présente et l'invite doucement à se retourner sur son lit afin de lui proposer un massage du visage. Clémence se retourne lentement en gardant son doudou avec elle. Je la couvre d'une couverture et m'assoie sur le fauteuil à côté du lit pour prendre une place d'observatrice. Clémence est alors couchée, avec un oreiller sous la tête et un autre sous ses genoux.

Clémence ferme les yeux et Patricia commence le toucher-massage relaxant en l'invitant à se concentrer sur ses différents points d'appuis en contact avec le matelas. Sa respiration est calme et ses muscles sont relâchés. Une fois le massage terminé, Clémence semble apaisée. Le temps de verbalisation de fin de séance est écourté. Le sommeil gagne à nouveau la jeune fille. La psychomotricienne la prévient que, toujours en sa présence, je prendrai une part plus active lors des prochaines séances. Nous sortons assez vite de sa chambre pour la laisser se reposer.

Il n'y a eu que peu de paroles pendant cette séance. C'est l'une des premières fois qu'une patiente me touche autant. Le silence, la détresse que j'ai pu voir dans son regard et dans son corps ainsi que son jeune âge me heurtent particulièrement. N'ayant à ce moment que peu d'éléments sur son histoire, je m'interroge sur les raisons de ce si grand mal être. Je suis prise d'un sentiment d'impuissance face à cette détresse qui me sidère. Sa présentation très enfantine m'interroge : sa souffrance et sa restriction alimentaire seraient-elle le reflet d'une difficulté de Clémence à grandir et à voir son corps se transformer ? Est-ce une difficulté à trouver sa place au sein de sa famille ou auprès de ses pairs ?

2.4 Projet de soin psychomoteur : octobre

Je conçois le projet de soin psychomoteur de Clémence après notre première rencontre. Je m'appuie sur mes observations et les informations transmises par l'équipe. En

effet, il est impossible de réaliser un bilan à cette période. Clémence est beaucoup trop fatiguée et dénutrie.

Les objectifs de cet accompagnement psychomoteur sont :

- L'élaboration d'une relation de confiance ;

En effet, dans un premier temps, elle semble avoir besoin de réassurance, il nous faudra lui proposer un espace sécuritaire, qui débute selon moi par l'élaboration d'une alliance thérapeutique.

- La réduction des dysmorphophobies ;

Pour ce point, un travail sur la conscience corporelle est à effectuer afin de les réduire. Clémence exprime des dysmorphophobies importantes (principalement au niveau de son ventre et de ses cuisses) et de l'anxiété associée. Nous le verrons par la suite, Clémence nous demandera à chaque séance de travailler sur la perception qu'elle a de son corps. Ces questionnements et sa logorrhée à ce sujet montre le caractère anxiogène de ce symptôme.

- Réduction des pensées envahissantes ;

À travers le toucher-massage qui amène aux relâchements, autant psychiques que physiques, grâce à l'association des mots et des gestes.

Des séances de toucher-massages relaxants et de SPP en chambre débutent à raison de deux fois par semaine pendant trente minutes. Une séance les lundis en début d'après-midi en ma présence et une seconde au cours de la semaine.

2.5 Séances toucher-massages relaxants d'octobre à janvier

2.5.1 *Massage du dos*

La semaine suivante, Clémence est éveillée, couchée dans son lit quand nous entrons. Je retrouve Clémence avec le même type de vêtements que la semaine passée et le même visage triste qui m'a tant marquée. Nous lui demandons comment elle se sent. Elle nous répond simplement et directement, avec un ton triste. « Je ne vais pas bien, je me sens mal ». Elle demande à plusieurs reprises : « quand va-t-on travailler sur les perceptions que j'ai de mon corps ». Sa voix est enfantine et basse. Je vois une jeune enfant en la regardant, cependant ses verbalisations et ses inquiétudes ne renvoient pas à l'innocence des enfants. Je remarque une certaine maturité chez cette jeune fille. Elle nous décrit la façon dont elle se voit dans le miroir. Sur un ton faisant sentir son désespoir, elle nous dit se voir « énorme » et trouver cela « horrible ». Elle nous explique qu'elle voit ses

cuisse « très grosses », même pendant qu'elle nous parle. La psychomotricienne essaie de la rassurer, en expliquant que nos séances participent au « travail » sur ses représentations corporelles, notamment grâce aux sensations et aux retours tactiles et verbaux. Clémence reste logorrhéique et continue d'exprimer ses inquiétudes.

Je lui propose un massage de son dos qu'elle accepte et l'invite alors à s'installer sur le ventre. Je glisse un oreiller sous son ventre afin d'atténuer les courbures de son dos et un autre sous ses chevilles pour amener ses membres inférieurs vers la détente. J'explique à Clémence que cette séance sera en coanimation entre la psychomotricienne et moi. Elle sera accompagnée de mes mains et de ma voix mais également des inductions verbales de la psychomotricienne qui pourra compléter mes propos. Je débute ensuite le massage en posant mes mains au niveau de ses omoplates. Je mesure davantage la maigreur de son corps que l'on devinait à travers ses vêtements. Je sens ses os à travers mes mains, j'effectue des mouvements symétriques de chaque côté de sa colonne vertébrale en descendant jusqu'au sacrum.

Au fur et à mesure de cette progression, je perçois tous les os : scapula, côtes, les saillies de ses vertèbres, son sacrum que l'on voit, saillant à travers son legging. Cette maigreur contre mes mains sidère ma parole. Pour me dégager de ce malaise, je concentre mon attention sur la technique de massage. Patricia prend le relais de la parole et verbalise ce qu'elle perçoit de son corps, en insistant sur la prééminence de ses saillies osseuses. Le massage se termine par la nuque. J'invite Clémence à mobiliser progressivement les différentes parties de son corps. Nous l'accompagnons en même temps. Elle mobilise lentement, dans de petits mouvements, les parties du corps demandées.

Une fois plus éveillée, Clémence reste couchée pendant que Patricia la questionne sur ses ressentis. Elle dit que ce moment lui a fait du bien mais que ses sensations corporelles ne sont pas en accord avec les dires de Patricia. Elle ne perçoit pas la maigreur évoquée malgré mon toucher. Clémence sait qu'elle est maigre mais ne sent pas les saillies osseuses ni la maigreur de sa taille sous mes mains. Je sens que l'anxiété est toujours présente dans son discours. Rapidement, les pensées de la maladie l'envahissent, elle parle de plus en plus et pose de nombreuses questions concernant l'anorexie. Et à nouveau elle dit : « *Quand est-ce qu'on va travailler sur les perceptions de mon corps* ». Les mots ne suffisent toujours pas à la rassurer.

Dans un premier temps, la séance avec Clémence me sidère. J'ai du mal à savoir quels mots utiliser pour la rassurer, je prends beaucoup de précautions, autant dans ma

posture que dans ma parole. J'ai peur de la brusquer ou de dire quelque chose qui pourrait être mal interprété. En effet, l'équipe infirmière m'a alertée à ce sujet. Il n'est pas rare que les mots des professionnels puissent être compris différemment de l'intention première. Je suis touchée également car Clémence exprime beaucoup ce qu'elle ressent, sans filtre, de la même manière qu'un enfant.

Le toucher-massage a permis à Clémence de se poser quelques instants, du moins corporellement mais les ruminations et questionnements étaient-ils toujours présents pendant le temps de toucher-massage ? Comment amener Clémence vers la détente pour apaiser son anxiété et ses ruminations ? Est-ce que le renforcement de son sentiment de sécurité interne pourrait lui permettre d'accéder à une détente et à des perceptions de son corps plus juste ? Je suppose que la construction d'une alliance thérapeutique entre nous ainsi que le cadre des séances peut sécuriser Clémence et par la suite, lui permettre de retrouver des repères en elle afin de se sentir en sécurité.

2.5.2 *Focus sur les temps collectifs*

Les séances du mois de janvier se poursuivent de manière similaire. Je découvre également Clémence en groupe, hors de sa chambre, lors des temps collectifs. Clémence reprend progressivement du poids mais son visage reste triste. Elle entre en relation avec le reste du groupe mais reste tout de même en retrait. Je repense à un temps où nous jouions au baby-foot. Elle était cachée derrière ses cheveux, avec la tête et le regard en direction du sol. Ses épaules étaient basses et enroulées vers l'avant. J'en ai presque oublié sa présence tant sa posture la rapetissait et l'emmenait dans un repli sur elle-même.

À la fin de ce temps, l'une des patientes de l'unité était sur le point de quitter le service. Lors des aurevoirs, cette dernière confie à Clémence qu'elle « a eu un déclic » au cours de son hospitalisation. Un déclic qui lui aurait permis d'avancer vers le chemin de la guérison. Elle lui a souhaité d'en avoir un également. Au cours de la semaine, toujours submergée par son anxiété, Clémence a alors questionné de manière récurrente l'équipe sur ce « déclic ». « *Quand vais-je avoir le déclic* » ou encore « *Comment sait-on quand on a le déclic* », disait-elle. Cette incompréhension concernant ce « déclic » et ce que cela peut signifier a été source d'anxiété. Cependant, au cours de la semaine, elle confie aux infirmières « avoir eu le déclic » et se sentir beaucoup mieux. Nous verrons ci-après ce que cela signifie pour elle.

2.5.3 *Massage du visage*

À la fin du mois de janvier, n'étant pas au courant de l'évolution de Clémence au cours de la semaine, j'ai toujours une appréhension de la retrouver et de vivre ce sentiment d'impuissance et de sidération face à cette patiente. Mon corps entier est tendu chaque fois que j'entre dans sa chambre.

Nous retrouvons Clémence assise à son bureau en train d'écrire une lettre. Elle se tourne immédiatement vers nous avec une certaine vivacité. Je découvre son visage sans sonde nasogastrique, rayonnant, accompagné d'un grand sourire. Elle nous octroie un « bonjour » plein de joie et d'enthousiasme. Je suis surprise de la découvrir sans sonde, son bonheur me remplit d'un fort engouement. Ma tension du début de séance s'estompe immédiatement, je sens mes épaules s'abaisser et mes articulations s'assouplir. Le mot « métamorphose » me vient à l'esprit. Clémence est plus apprêtée que d'habitude. Je remarque un joli collier à son cou. Elle porte un pull et un jean et ses longs cheveux sont coiffés. Contrairement aux séances précédentes, elle se lève et marche dans notre direction. Elle se tient droite et me paraît à présent plus grande. J'ai la sensation de voir davantage une jeune fille de 14 ans. Elle nous regarde en souriant, le visage triste que je décrivais semble s'être envolé avec la sonde. Je sens sa sincérité et sa spontanéité. Elle dit plusieurs fois qu'elle est contente d'avoir retiré la sonde, que « *c'est génial* » et nous parle du fameux « dé clic ». Elle nous dit parvenir à mettre les pensées de la maladie de côté depuis quelques jours. Elle se rend compte qu'elle peut les ignorer en mettant en place différentes stratégies. Les temps collectifs et les moments d'occupation divers l'aident à s'en détacher. Concernant les temps de repas, elle se donne des objectifs, ce qui lui permet d'amoindrir ses pensées envahissantes et la culpabilité qu'elle peut ressentir après un repas.

Cependant, je reste vigilante quant à ses stratégies d'évitement. L'hyperactivité physique pourrait devenir un moyen de mettre à distance ses pensées. Ce point d'attention est partagé par l'ensemble de l'équipe même si au cours des semaines suivantes, Clémence ne semble pas présenter d'activité physique problématique au cours de ses journées.

À la suite de ces nouvelles, je propose alors un massage du visage pour marquer l'arrêt de cette sonde qui lui obstruait le visage. Elle s'installe d'elle-même, de manière plus active et enthousiaste que d'habitude. Au cours du massage, j'observe la détente qui s'installe dans son corps. Ses pieds et ses mains sont relâchés, sa respiration est ventrale et calme. Lors du temps de conclusion à la fin de la séance, Clémence semble apaisée. Son

visage est paisible, je ne retrouve plus les traits de tension de ses sourcils, elle me dit avoir trouvé ce moment « génial ». En sortant de sa chambre, je m'interroge sur ce changement soudain. Malgré ces éléments positifs, je ne peux m'empêcher de m'inquiéter. Est-il possible qu'elle se sente si soudainement mieux ou il y a-t-il encore un fond d'anxiété qu'elle peine à percevoir ? Je pense que cette compréhension du fonctionnement de l'anorexie l'a en effet aidé à mettre à distance les pensées envahissantes et à lui donner l'espoir de s'en sortir. Cependant, il me semble qu'elle peine encore à percevoir l'anxiété qui peut encore transparaître dans son expression corporelle à certains moments.

2.6 Bilan psychomoteur : février

Au vu de sa renutrition et de sa meilleure disponibilité psychique, nous lui proposons d'effectuer un bilan psychomoteur. Ce bilan permettra d'adapter la suite de nos propositions à ses besoins.

Voici les éléments psychomoteurs qui en ressortent associés à mes observations au cours des séances et des temps informels (marche dans les couloirs, temps collectifs).

- **Tonicité**

Je note un tonus globalement élevé chez Clémence au cours du bilan. Lors de la marche, elle n'a plus le buste enroulé vers l'avant comme auparavant. Elle se tient droite, cela révèle une augmentation de son tonus axial. Le ballant de ses bras manque légèrement d'amplitudes et ses coudes se fléchissent à peine. Ses pieds traînent légèrement par terre et me font dire qu'elle n'est pas dans un état tonique élevé de l'ensemble du corps. Son tonus segmentaire est plutôt bas.

Au cours du bilan, Clémence se tient droite et s'installe dans une posture symétrique pendant les temps au bureau. Ses pieds sont à plat en appui sur le sol et ses mains jointes sont posées sur ses cuisses. Elle semble figée, avec un tonus du haut du corps plutôt élevé.

Ces observations se reflètent lors des mobilisations passives. Couchée sur la table de massage, Clémence a du mal à accéder à la détente et semble ne pas s'en apercevoir, notamment concernant ses épaules et ses hanches. Malgré un tonus globalement élevé, Clémence accède au relâchement et cela plus facilement aux extrémités (mains et pieds). De plus, lorsqu'elle est invitée à fermer les yeux, ils papillonnent. Cette manifestation me

surprend, je ne l'ai jamais observée en séance. Patricia lui stipule cette observation et Clémence dit ne pas s'en être aperçu.

- **Organisation du mouvement (équilibre, coordination)**

L'équilibre de Clémence est particulièrement bon. Elle est capable de mobiliser son tonus axial pour résister aux poussées. L'enchaînement de postures à la suite de la démonstration de la psychomotricienne (avec croisement d'axe et demande de réversibilité) ne pose pas de difficulté à Clémence.

- **Représentation du corps**

Clémence est capable de citer les différentes parties du corps demandées et de reproduire aisément et précisément un enchaînement de postures. Cela montre que la représentation de son schéma corporel est bonne. Elle désigne les parties du corps en identifiant le côté droit et gauche du corps sans difficulté. La latéralité sur soi et sur autrui est acquise.

Malgré une évolution certaine depuis le début de son hospitalisation, Clémence a encore des dysmorphophobies, principalement autour de sa taille. Elle l'évalue à vingt-cinq centimètres de plus que la réalité au test de la cordelette. Lors de ce test, la patiente est amenée à estimer le tour de sa taille à l'aide d'une cordelette sur une table. Son image du corps est altérée, elle nous confie qu'elle continue de se voir plus grosse qu'elle ne l'est dans le miroir.

- **Expressivité du corps et relation**

Lorsqu'elle s'exprime verbalement, elle conserve la posture symétrique décrite plus haut. Je retrouve peu de mouvements dans son corps. Mis à part les expressions faciales, Clémence investit peu son corps comme outil porteur de sa communication. L'investissement de l'ensemble du corps est moindre mais l'expression des émotions de base est possible. Elle est capable de les jouer sur son visage et de moduler légèrement son tonus en fonction de l'émotion demandée. La motricité faciale volontaire de Clémence est bien présente.

Au cours de saynètes improvisées en mimes, elle décide de mimer un moment de douche puis un repas en chambre à l'hôpital. Encore une fois, elle déploie peu ses mouvements, et mobilise principalement les membres supérieurs et les expressions du visage.

Clémence reste tout de même présente dans la relation, principalement par le regard et le sourire. La situation de bilan semble amoindrir sa communication verbale. Elle reste concentrée et prend la parole uniquement pour répondre aux questions. En dehors de ce temps, Clémence reste discrète mais peut démarrer une conversation ou rebondir sur ce que l'on peut dire en séance.

- **Organisation temporo-spatiale**

Les repères temporaux de Clémence sont bons. Les reproductions de tempi et de phrases rythmiques sont justes et précises. La réalisation des trajets d'un tracé sur feuille au sol montre une bonne orientation spatiale. Cependant, leurs proportions ne sont pas respectées lors du premier essai. Je note que Clémence est capable d'en prendre conscience et de corriger ses petites inexactitudes. Lors des saynètes, Clémence choisit des scènes n'invitant pas beaucoup aux mouvements et reste figée au centre de la pièce pour effectuer le mime. Elle n'investit pas l'espace environnant.

- **Conclusion**

La mise en lien des observations me font penser que Clémence conserve un fond d'anxiété, certainement amplifié par le contexte du bilan et le perfectionnisme décrit par ses parents avec des exigences fortes envers elle-même. En effet, nous pouvons noter que Clémence effectue rapidement l'ensemble des consignes, sans hésitations apparentes et qu'il persiste des difficultés de relâchement, associées à un papillonnement de ses yeux lorsqu'elle les ferme. Il me semble que les observations décrites précédemment ainsi que l'appauvrissement des expressions corporelles peuvent être la manifestation d'une recherche de maîtrise encore présente chez Clémence. De plus, sa difficulté à percevoir certaines manifestations corporelles, comme le papillonnement de ses yeux, me font dire qu'un travail de conscience corporelle serait pertinent, afin de réussir à percevoir ses sensations et de pouvoir identifier ses émotions avant qu'elles ne l'envahissent.

À la suite de ce bilan, nous envisageons de partager les deux séances hebdomadaires. L'une que la psychomotricienne conduira seule, axée sur la capacité à se détendre et la prise de conscience de ses ressentis au travers de toucher-massages relaxants et de séances de SPP. Et l'autre, en ma présence, à travers la mise en mouvement avec pour objectif d'aider Clémence à réinvestir davantage son corps, comme lieu de plaisir et d'expressivité, en lien avec son espace environnant.

2.7 Séance en mouvement de février à mars

2.7.1 *Balancement et élan*

Pour cette première séance dynamique, je vais chercher Clémence dans sa chambre pour l'accompagner jusqu'en salle de psychomotricité. Elle marche d'un pas plus souple que lors de la séance de bilan. Je perçois même une tranquillité accompagnée d'un certain aplomb dans sa démarche (tonus bas, bras ballant presque nonchalant, regard vers l'horizon).

Clémence ayant toujours deux séances de psychomotricité par semaine, elle a déjà pris connaissance de la salle de psychomotricité avec Patricia le vendredi. Nous avons décidé de proposer une mise en mouvement autour des balancements du corps dans les différentes directions de la salle. Ces balancements apportent un élan donnant envie d'effectuer un mouvement. Nous commençons, l'une derrière l'autre, à effectuer des balancements avec nos bras sur les côtés (plan frontal). Ce mouvement nous invite à partir en pas-chassés. Chacune effectue alors des pas-chassés quand elle le souhaite, accompagnés de mouvements de bras, qui parfois font même un tour complet. Durant les différentes propositions de mouvements, Clémence rit. Elle se prend rapidement au jeu et effectue les mouvements avec un grand sourire. J'observe une certaine aisance dans ses mouvements. Clémence a des mouvements fluides et parvient à se détacher de notre exemple et à effectuer les mouvements quand elle en ressent l'envie, impulsés par l'élan de ses balancements. Clémence semble prendre réellement plaisir. Elle parvient à investir l'espace.

En fin de séance, je lui demande quel instant de la séance elle a préféré. Elle répond avoir préféré la première proposition (celle décrite) car ces mouvements reflétaient la liberté. Elle nous dit avoir eu l'image d'une feuille qui s'envole et virevolte et nous dit s'être beaucoup amusée au cours de la séance. En effet, beaucoup de rires ont éclaté. Cet élan de vie retrouvé chez Clémence se transmet grâce aux échanges qui sont plus fluides et à travers son sourire et son regard pendant la séance. J'étais moi-même plus à l'aise et moins crispée au cours de la séance.

2.7.2 Séance vidéo

Deux semaines plus tard, nous proposons une séance en salle de médiation à Clémence pour une « séance vidéo ». Elle me sourit et me dit bonjour avec entrain lorsque j'entre dans la salle où elle se trouve déjà.

Nous reprenons les balancements en pas chassé que Clémence avait apprécié mais cette fois-ci devant la caméra. Clémence en est ravie. Toutes en ligne, face au caméscope, nous commençons nos balancements qui engagent un élan dans le mouvement avec un pas chassé. Clémence balance ses bras de droite à gauche. Cependant, sa kinésphère est plus restreinte que la fois précédente. Ses mouvements sont moins grands, elle effectue les balancements avec les coudes fléchis lorsque ses membres supérieurs effectuent un tour complet. Elle prend tout de même la liberté de partir en pas-chassés lorsqu'elle le souhaite en se détachant de notre modèle. Je me demande si ce rétrécissement de sa kinésphère peut être lié à la caméra. En effet, il peut être impressionnant de se retrouver face à une caméra et donc face à sa propre image, d'autant plus lorsque l'on éprouve de grands changements corporels.

Face à Patricia, lorsqu'elle rajoute du son et de l'amplitude dans ses mouvements, ceux de Clémence se font plus amples également. J'observe que, portée par l'autre, Clémence est plus à même de lâcher prise et d'augmenter l'amplitude de ses mouvements.

Après la prise de quelques séquences, ensemble en mouvement et Clémence seule, assise et couchée, nous retournons en salle de psychomotricité pour passer au visionnage. À la vision des vidéos, Clémence paraît tranquille, elle sourit et rit en revoyant les différents échanges que nous avons eus. Lorsque Patricia lui demande ce qu'elle a envie d'en dire à la fin, elle ne trouve rien à redire, comme si regarder cette vidéo semblait banal. Elle ne semble pas interloquée par ces images. Je la questionne et elle me dit ne pas être étonnée par ce qu'elle a vu.

Sa posture me rappelle celle prise pendant le bilan. Elle ne bouge pas beaucoup et garde ses mains entrelacées sur ses cuisses. Je suis interpellée par le fait qu'elle ne déployait pas autant ses mouvements que lors de la première séance dynamique. De plus, ce silence concernant ses ressentis me questionne. J'émets l'hypothèse que Clémence n'était pas si apaisée que cela face à ces images. J'imagine que cette difficulté de penser et de verbaliser ce qu'elle ressent à propos de son corps peut signifier qu'une mise à distance de ce dernier et de ses sensations est encore bien présente. En effet, Clémence est encore

maigre et le fait qu'elle ne puisse pas le verbaliser, ni même en prendre conscience appuie mon questionnement.

2.7.3 *Statue, sculpteur, modèle*

Je propose à Clémence un jeu à trois que l'on pourrait nommer « statue, sculpteur, modèle ». J'explique que chacune de nous effectuera chaque rôle. L'une est la statue, elle prend une position qu'elle conserve. Le sculpteur doit ensuite reproduire cette posture en mobilisant les parties du corps de la troisième personne. Le modèle doit se laisser faire.

Clémence est enjouée à l'idée de débiter ce jeu. Elle décide de commencer par faire le rôle de la statue, Patricia fait alors le sculpteur et moi le modèle. Clémence commence par une posture simple à reproduire. Patricia la reproduit sur moi face à Clémence. Nous inversons les rôles et c'est à Clémence d'être le modèle. Je positionne alors ses membres, en miroir, face à Patricia. Elle n'est pas réticente face à mon toucher. J'observe que son tonus de fond est plutôt bas. Contrairement à la situation de bilan, elle parvient à se relâcher. Clémence me laisse mobiliser ses membres, et me rapprocher d'elle sans appréhensions apparentes. Elle semble prendre plaisir à l'exercice dans le rôle du modèle. Nous partageons toutes les deux un moment privilégié de contact corporel qu'elle semble apprécier. J'émetts l'hypothèse que ce contact lui communique des informations sensorielles rassurante sur son corps mais également une présence contenant rassurante. De plus, l'équipe infirmière relate que Clémence apprécie particulièrement les moments « bien-être » proposés. Elle aime que l'on prenne soin d'elle, notamment à travers le toucher.

Lorsque c'est à Clémence de jouer le rôle du sculpteur, je propose une statue qu'elle doit reproduire avec le corps de Patricia, le modèle. J'observe la scène, et une fois de plus, Clémence se montre plus à l'aise. Elle se prend au jeu et prend plaisir à mobiliser le corps de Patricia afin de le « modeler » à sa convenance. Elle parvient à mobiliser « sa statue » avec délicatesse. Son toucher est adapté, à la fois poignant pour pouvoir faire comprendre à Patricia ce qu'elle attend mais également souple pour ne pas la brusquer ou lui faire mal.

Une fois le tour de chaque rôle effectué, nous aménageons la consigne pour rajouter davantage de jeu. Cette fois-ci, le modèle est perturbateur. À sa convenance, il a le droit de résister aux mobilisations du sculpteur en augmentant ou en abaissant son tonus.

Clémence prend de plus en plus de plaisir et investit davantage le jeu. Je vois sa capacité à jouer. Dans le rôle de la statue, elle s’amuse à proposer des postures pouvant nous mettre en difficulté. Clémence est de plus en plus expressive. Elle rit, sourit et s’amuse des différentes situations.

Lorsque c’est à Clémence d’être le modèle que je vais sculpter, je me place derrière elle et passe mes bras sous ses aisselles. J’effectue un mouvement d’abaissement avec mon corps en appuyant sur ses épaules afin de lui faire comprendre que j’ai besoin qu’elle s’assoie pour reproduire la statue. Clémence se laisse alors complètement porter, elle relâche l’ensemble de ses muscles. Je suis contente à ce moment de voir qu’elle se sent assez en confiance à mes côtés pour se laisser complètement porter. Je suis surprise et il m’est presque difficile de garder mon équilibre pendant un instant tant son relâchement est soudain et total. Au cours de ce moment, Clémence joue avec moi à travers ce relâchement tonique. Elle ne tient pas son tronc, comme si elle n’avait plus aucun tonus axial. Je suis alors contrainte de rester autour d’elle, pour la tenir dans la position. Mon corps se retrouve soutien face au sien qui ne tient pas et l’entoure pour qu’elle puisse se reposer sur moi en toute sécurité.

2.8 Conclusion

À la fin de ce suivi, je note des points d’évolution chez Clémence. Comme nous venons de le voir, ses capacités de relâchement me semble être un indicateur de son mieux-être. Les séances de psychomotricité ainsi que toutes les prises en charge, lui ont permis de bâtir des repères plus solides et rassurants en elle. Son humeur actuelle est également décrite dans les différents espaces de soins. L’équipe infirmière la voit souriante et agréable tout au long de la journée et plus expressive, voire motrice du groupe lors des temps collectifs. Deux semaines avant sa sortie, elle reprend le collège, à raison de quelques jours par semaine. Sa rentrée s’est bien déroulée et elle dit en être satisfaite. Elle a même pu passer le brevet blanc, non noté, sans recrudescence de stress.

Après son hospitalisation, Clémence continuera un suivi en ambulatoire avec ma maîtresse de stage, à raison d’une fois par semaine. Je ne serai pour ma part plus amenée à la revoir.

Je vais à présent vous présenter mes réflexions autour de ce suivi.

Discussion théorico clinique

Introduction

Pour introduire mon propos, j'aimerais évoquer les travaux de Maslow, psychologue américain. Il identifie cinq besoins fondamentaux qu'il hiérarchise en les schématisant dans une pyramide. Il explique qu'il faut satisfaire le besoin le plus bas de la pyramide pour pouvoir satisfaire ensuite le suivant.

Cette pyramide des besoins est classée par ordre de priorité ainsi :

- besoin physiologique ;
- besoin de sécurité ;
- besoin d'appartenance ;
- besoin d'estime de soi ;
- besoin d'accomplissement.

Le besoin de sécurité est à la base de la pyramide juste au-dessus du besoin physiologique. Il est donc fondamental, et cela à n'importe quel âge, de construire, renforcer et conserver ce sentiment de sécurité interne. Sans cela les autres paliers de la pyramide ne peuvent être assouvis correctement. En ce qui concerne l'anorexie, même les besoins physiologiques de base (l'alimentation, le sommeil...) ne sont pas satisfaits. Il faut donc rétablir ces besoins physiologiques, dans un premier temps en service pédiatrique ou endocrinologique, pour pouvoir, une fois les fonctions vitales préservées, travailler le besoin de sécurité. C'est alors qu'intervient le psychomotricien.

L'apparition de l'anorexie et son anxiété anticipatoire me font émettre l'hypothèse que Clémence a un sentiment de sécurité interne fragile. L'adolescence est certainement venue rompre cet équilibre précaire. L'anorexie mentale s'est alors installée. La recherche de maîtrise de son alimentation mais aussi de son corps et de son environnement est le moyen qu'elle a trouvé pour tenter de se rassurer. C'est une manière de faire face à l'anxiété et probablement à un manque de sécurité interne. Je vais à présent tenter d'aborder des éléments de réponses à ma problématique. En quoi les séances de psychomotricité permettent de favoriser le renforcement du sentiment de sécurité interne chez Clémence ?

Tout d'abord, nous verrons en quoi la psychomotricité et le psychomotricien jouent un rôle dans le renforcement du sentiment de sécurité interne. J'essaierai ensuite de montrer comment les propositions faites en séance, du toucher-massage à la mise en mouvement, ont permis ce renforcement.

1. De l'importance du cadre au rôle du psychomotricien

Comme nous l'avons vu au cours de la partie théorique, le sentiment de sécurité interne s'élabore, entre autres, à partir des relations précoces pendant la petite enfance. Grâce aux interactions physiques et émotionnelles auprès d'une figure sécuritaire, le bébé prend conscience de son intégrité propre et de la présence d'autrui comme soutien et comme individu pouvant répondre à ses besoins. Il est fondamental que le bébé prenne conscience que son environnement est stable et continu pour construire sa sécurité de base corporelle et psychique.

Tout d'abord, nous allons voir l'importance du cadre des séances en psychomotricité dans le renforcement du sentiment de sécurité interne. Puis nous aborderons le rôle du psychomotricien comme fonction alpha présentée par Bion et l'utilisation du contre-transfert corporel théorisée par Potel auprès de patientes anorexiques.

1.1 Cadre des séances

1.1.1 Tentative de définition du mot « cadre »

Dans le dictionnaire Larousse (2022), la notion de cadre se réfère à différentes définitions ; il peut s'agir d'une « *bordure rigide limitant une surface* », pour un tableau de « *limites d'un espace* », comme le cadre de verdure d'une maison, ou encore elle « *indique le caractère général, à partir duquel les détails d'application seront définis* », par exemple dans le domaine de Loi-cadre.

On retrouve alors la notion d'espace et de fixation de conditions d'encadrement déterminées. Concernant le cadre thérapeutique des séances, je rajouterai d'autres conditions notamment celle du temps telle qu'introduit par Potel pour qui « *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps,*

dans une pensée. » (Potel, 2019, p. 357). Il est également important de prendre en compte le fonctionnement institutionnel et le « *choix de fonctionnement* », c'est-à-dire la décision de la médiation utilisée, « *en fonction des hypothèses cliniques de départ* » (Potel, 2019, p. 359). Pour entreprendre des séances de psychomotricité, il est donc nécessaire de définir un cadre d'intervention. Il faut déterminer et s'accorder avec le patient sur un espace, un temps et des « règles » en fonction de l'institution et de la médiation.

1.1.2 Intérêt du cadre en psychomotricité

J'é mets l'hypothèse qu'il fallait accompagner Clémence en lui proposant un cadre sécurisant, avant qu'elle puisse investir son propre corps comme lieu de sécurité. Le cadre apporte une continuité, par sa stabilité, ce qui est important dans la construction du sentiment de sécurité interne. Il permet de prendre conscience que l'on peut compter sur un environnement stable. Le cadre des séances permet notamment au patient de construire une alliance thérapeutique avec le professionnel et de lâcher prise tout en se sachant en sécurité. Cependant, comme le souligne Delourme (2003, p. 36), docteur en psychologie, le cadre est à ajuster en fonction de chaque patient et de l'évolution de ce dernier. Le cadre ne doit pas être figé, « *tout cela n'est pas fixe et définitivement établi mais au contraire ouvert et évolutif parce que situé dans un contexte affectivo-relationnel stable et sûr* ». Auprès de patientes atteintes d'anorexie mentale, ne pas confondre stabilité du cadre et rigidité me semble fondamental. Il faut trouver le juste milieu. En effet, nous l'avons vu, les patientes cherchent à contrôler tout un ensemble de choses. Nous retrouvons des personnalités aux conduites souvent rigides, notamment avec un manque de flexibilité mentale. Apporter de la fluidité et des changements au cadre permet de diminuer cette recherche de maîtrise en apportant de la nouveauté.

- Cadre temporel

Selon Delourme (2003), il existe trois modalités temporelles au sein du cadre, « *la durée des séances, leur fréquence et la longueur du processus* ».

La durée des séances avec Clémence est déterminée et connue de chacune. Elles duraient trente minutes en chambre puis quarante-cinq minutes une fois en salle de psychomotricité. Cette évolution du cadre nous renvoie à l'importance de la souplesse de ce dernier évoqué plus haut.

L'horaire de la séance était également toujours le même le lundi mais l'horaire de la deuxième séance de la semaine pouvait varier. Cela apportait une souplesse au cadre, ce qui pouvait aider Clémence à travailler sa rigidité. Cette modalité faisait finalement partie du cadre et permettait une certaine sécurité malgré l'irrégularité de l'horaire car Clémence était tout de même prévenue plusieurs jours à l'avance.

Concernant la « longueur du processus » (Delourme, 2003), c'est-à-dire la durée totale de la prise en charge, elle n'était pas précisément définie mais induite par le cadre de l'hospitalisation. Clémence et nous savions que la modalité des séances durerait jusqu'à sa sortie de d'hospitalisation complète, puis qu'elle se poursuivrait à travers l'HDJ ou le suivi ambulatoire. Clémence avait ainsi la sécurité de savoir qu'une continuité des soins se poursuivrait à sa sortie, et cela toujours auprès de la même psychomotricienne, dans ce même espace, la salle de psychomotricité.

- **Cadre spatial**

Le cadre spatial des séances, en chambre, a également permis à Clémence de se sentir plus sécurisée dans un premier temps. C'est le premier lieu qu'elle a connu et qu'elle a investi au sein de l'unité. Au cours de son hospitalisation, elle a ajouté de plus en plus de photos au mur, de décorations et d'objets personnels comme si elle recréait l'espace sécurisé de sa chambre, à l'hôpital. Cet investissement lui permettait sans doute d'y retrouver des repères sécurisants et réconfortants. Le fait que nous commencions les séances et apprenions à nous connaître dans cet espace a certainement facilité la rencontre et le lâcher prise au cours des séances de toucher-massage.

Une fois en salle de psychomotricité, Clémence arrivait et retrouvait les éléments disposés de la même manière chaque semaine, puis nous aménagions l'espace ensemble en fonction de nos besoins. Nous poussions la table de massage disposée au centre de la pièce afin d'avoir l'espace nécessaire pour déployer nos mouvements ou installer des tapis au sol pour une proposition assise. Je repense à une patiente avec qui nous installions ensemble les différents éléments de la salle afin de construire un espace agréable, sécurisé et enveloppant avant de débiter le toucher-massage relaxant. Nous mettions en place le diffuseur d'huile essentielle, nous baissions les stores afin de proposer une luminosité tamisée et nous installions un drap et des oreillers sur la table de massage. Cette installation faisait partie de la séance, elle permettait de se préparer aux moments qui allaient être proposés ainsi que d'appréhender l'espace de la salle afin de pouvoir se la représenter une fois les yeux fermés, ce qui peut être rassurant.

- **Cadre par le choix de la médiation**

De plus, Clémence était sécurisée par la connaissance du contenu des séances grâce au choix des médiations, d'abord des séances de toucher-massage, puis des séances de jeu en mouvement.

- **Cadre institutionnel**

Pour finir, le cadre de nos séances était également porté par l'institution. En effet, Potel (2019, p. 358) souligne que le fonctionnement institutionnel est une condition nécessaire au cadre thérapeutique psychomoteur. Notre projet de soin s'inscrit dans un projet global institutionnel. Différents temps de réunion sont organisés au sein de l'unité. Les équipes de cette institution sont en accords. Ces moments de transmission permettent un travail pluridisciplinaire en concordance entre les différents professionnels. Les membres d'une équipe pluridisciplinaire se doivent d'assurer chacun leur rôle et de respecter « *un certain nombre de règles qui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée* » (Potel, 2019, p. 359). La cohérence au sein de l'équipe est cruciale afin d'apporter un cadre aux patientes. Il arrive que ces dernières « attaquent le cadre » afin de tester la solidité des différents professionnels. Le fait que les professionnels soient au clair sur les règles et le cadre de l'institution et qu'ils soient en lien et dans l'échange autour de la patiente permet de leur donner des limites rassurantes.

De plus, le travail pluridisciplinaire permet de relancer la réflexion sur notre suivi, et donc d'apporter d'autres questionnements permettant de ne pas se rigidifier. Lors de réunions pluridisciplinaires auxquelles j'assistais chaque lundi matin, l'évolution de chaque patiente au cours de la semaine était évoquée, nous pouvions alors partager les éléments observés en séance.

1.1.3 Réflexion autour du vouvoiement

Je me suis interrogée en début de stage à propos du vouvoiement des patientes, notamment les jeunes adolescentes. Finalement, après réflexion, j'y mets du sens. Comme le souligne Delourme (2003), « le vous sert d'indicateur d'un respect distancié et de rappel du caractère professionnel du lien. ». Il permet de statuer le cadre professionnel de la relation, notamment dans mon cas, face aux patientes avec qui la limite d'âge était proche. Cela permet aussi bien de me sécuriser, dans ma place de jeune psychomotricienne stagiaire mais également les patientes, qui peuvent se sentir respectées et identifiées

comme des jeunes adultes. Cela montre que nous les considérons et qu'elles peuvent s'exprimer et affirmer leur choix dans la prise en charge. De plus, comme nous l'avons vu, l'anorexie peut être évocatrice d'une difficulté à passer à l'âge adulte, le vouvoiement me paraît être une manière de les introduire dans ce passage.

1.2 Rôle du psychomotricien

J'aimerais évoquer le rôle du psychomotricien à travers la notion de fonction alpha de la mère selon Bion que je mets en lien avec la notion de contre-transfert, plus précisément de contre-transfert corporel de Potel.

Bion cité par Ve eser (2015, p. 148) évoque la fonction alpha de la mère. Les éléments bêtas de l'enfant sont des éléments non assimilables qui l'envahissent. La mère est capable de transformer ces éléments, elle les accueille et les « détoxifie » pour les renvoyer à l'enfant sous une forme assimilable. Cela permet au bébé d'identifier peu à peu ses sensations et de les lier à ses émotions.

Le psychomotricien peut avoir cette même fonction auprès des patients. Il accueille aussi bien les paroles du patient que ses expressions corporelles. Il contient ainsi les expressions du patient puis les lui renvoie en y mettant du sens. Cela permet au patient de se représenter ses vécus corporels et de nommer ses ressentis.

Le psychomotricien ne peut pas être présent en séance, s'impliquer psychiquement et physiquement sans être impacté. Il se rajoute alors à cette fonction la notion de contre-transfert. Dans une thérapie, des éléments du passé du patient peuvent resurgir et se rejouer pendant la prise en charge, on parle de transfert. Le contre-transfert concerne ce même phénomène lorsqu'il touche le thérapeute.

Dans son livre « Du contre-transfert corporel », Potel part du postulat que le fait de s'appuyer sur nos propres ressentis face à ce que nous fait vivre un patient permet d'apporter des éléments de compréhension sur les processus en jeu chez la patiente. Face à un patient, nous pouvons nous appuyer « *sur ce que nous ressentons, ce que nous éprouvons, en sa présence, pour entendre quelque chose de lui qui ne se parle pas* » (Potel Baranes, 2015a, p. 21). Dans ce contre-transfert, les « *affects originaires* » du patient sont renvoyés au praticien chez qui ils produisent « *des émotions, des sentiments, dont une part lui appartient « en propre » et dont l'autre part revient au patient* » (Potel Baranes, 2015b,

p. 115). Le psychomotricien peut se servir de ce contre-transfert pour aider les patients à la représentation de leur corps mais également pour comprendre ce qui se joue au sein de la prise en charge ainsi que les émotions qui traversent le patient. Ainsi, par ce qu'il perçoit du patient et les éléments qu'il lui renvoie mais aussi par les sensations et affects que cela lui fait vivre, le psychomotricien renvoie au patient des éléments de compréhension sur lui-même.

Auprès des patientes anorexiques, l'utilisation de ces notions me semble importante. En effet, la mise à distance de leur corps et de leurs émotions rend la perception et donc l'expression de ce qu'elles peuvent ressentir difficile. Grâce à la fonction alpha et au contre-transfert, nous pouvons renvoyer ce que nous percevons aux patientes pour qu'elles puissent potentiellement s'en saisir et en prendre conscience.

Par exemple, au cours des séances de toucher-massage, par mes contacts corporels associés à la parole, je renvoyais à Clémence des sensations corporelles pouvant indiquer sa maigreur. Ses vécus corporels lui sont difficilement assimilables mais je tente de les lui retransmettre à travers mes mains, mes paroles, au sein d'une relation de confiance sécurisée qui peut lui permettre de se représenter les choses.

Pendant le visionnage de la séance vidéo, il était difficile pour Clémence de verbaliser. Elle avait sûrement du mal à mettre des mots sur ce qu'elle pouvait ressentir. C'est là que le rôle du psychomotricien intervient. En la questionnant et en témoignant de nos observations, en s'appuyant sur ce que nous avons pu observer et ressentir nous l'aidons à mettre des mots sur ses vécus et sur son corps. Nous avons finalement lié la fonction alpha appliquée au psychomotricien et l'utilisation du contre-transfert afin de lui renvoyer ce que nous percevons de son langage corporel, ce qu'elle nous fait vivre et ce que nous ressentons.

Concernant le psychomotricien, le contre-transfert permet également de se questionner et d'apporter des éléments de compréhension aux situations. Lors des premières séances avec Clémence, je me trouve sidérée face à sa maigreur et sa détresse. Mon corps est en tension lorsque je rentre dans sa chambre. Après avoir pris conscience de ce que me faisaient vivre ces séances, je peux me questionner à ce propos. Pourquoi cette patiente me sidère-t-elle autant alors que ce n'est pas la première que je rencontre ? Est-ce que cela peut vouloir dire quelque chose de son propre état ? Même si je peine à trouver

une réponse, ce constat me permet d'avoir en tête que mon état peut potentiellement impacter la rencontre et le dialogue tonique qui peut s'exercer entre nous pendant les temps de toucher-massage. L'utilisation du contre-transfert, pour servir à la prise en charge, demande d'être capable de s'écouter et de prendre conscience de nos éprouvés afin de les questionner.

2. Du toucher massage à la mise en mouvement

Gaucher fait l'hypothèse qu'une patiente « *très en demande d'être touchée, portée, maternée* » (2011, p. 76) est une personne ayant acquis une sécurité interne grâce, notamment, aux interactions précoces mais qu'il reste un besoin de répétition de ces expériences pour que ce sentiment s'ancre davantage en elle. « *Cela les amènerait à vouloir renouer avec une sécurité dont l'empreinte n'a pas été consolidée* » (2011, p. 76). Les propos de Gaucher font écho à l'histoire de Clémence. Au cours de l'hospitalisation, les parents de Clémence étaient bien impliqués dans les soins et pouvaient être un appui soutenant et rassurant. La relation entre eux semble fusionnelle, les moments de séparation étaient d'ailleurs difficiles. Nous pouvons imaginer que l'entrée dans l'adolescence et tout ce que cela peut engendrer est venu bousculer l'équilibre quelque peu fragile de Clémence. Dans cette partie, je vais alors développer différents points permettant de comprendre en quoi le soin psychomoteur a permis d'accompagner Clémence dans le renforcement de son sentiment de sécurité interne. J'aborderai dans un premier temps l'importance des macrorhythmes et des microrhythmes, notion développée par Marcelli. Puis j'évoquerai l'apport du toucher dans cette consolidation. Enfin, je développerai la notion de portage (holding) que nous avons pu expérimenter lors des séances dynamiques.

2.1 Rythmicité au sein des séances

Je mets en lien l'évolution du cadre des séances avec les notions de macrorhythmes et de microrhythmes de Marcelli, pédopsychiatre français.

Les macrorhythmes sont des moments qui suivent une régularité, une répétition et par conséquent une stabilité. Ils se retrouvent pendant les soins maternants (les repas, la toilette, le coucher...). Marcelli explique l'importance de ces temps chez le tout petit. Grâce à cela, le bébé est capable d'anticiper. Cette anticipation « *procure [...] un sentiment de sécurité et de sûreté* » (Marcelli, 2005, p. 154). Il explique que si nous ne vivons que

des macrorhythmes, c'est-à-dire des éléments qui arrivent toujours comme nous avons pu les prévoir, une lassitude s'installe.

Les microrhythmes, au contraire, apportent de la surprise, de l'inattendu. Marcelli explique cela en donnant l'exemple d'une mère qui prend plaisir à surprendre son enfant, dans des jeux de chatouilles, en modifiant les rythmes d'arrivées des chatouilles après avoir instauré une régularité. Ces microrhythmes se retrouvent dans de courts instants, à l'intérieur des macrorhythmes. Pour Marcelli, la surprise « *serait à la psyché ce que les caresses et les chatouilles sont à la peau* » (Marcelli, 2005, p. 157).

Les macrorhythmes, par leur stabilité et leur répétition, soutiennent la sécurité de base, tandis que les microrhythmes préparent à tolérer l'incertitude, à savoir qu'elle existe et qu'elle est surmontable. Le bébé se rend compte que « *ce qui est attendu n'est jamais sûr* » (Marcelli, 2005, p. 157). De plus, il me semble que vivre des moments de doute et d'incertitude permet par la suite de prendre conscience que nous y avons survécu.

D'après Marcelli, en l'absence de microrhythmes, nous nous concentrons alors uniquement sur les besoins physiologiques. Je mets en lien ce point avec la clinique de l'anorexie. Les patientes sont dans une recherche de contrôle de leur environnement et principalement de leurs besoins alimentaires. J'é mets l'hypothèse que l'incorporation de microrhythmes permettrait d'aider les patientes à être moins aux prises avec ces comportements mortifères et d'ouvrir à la relation. Ces expériences sécurisantes de surprises que nous pouvons amener dans leur quotidien pourraient les aider à diminuer cette recherche de maîtrise.

À plus grande échelle, nous pouvons retrouver ces notions de rythmes dans le suivi avec Clémence.

Dans un premier temps, Clémence avait deux séances de toucher-massage, en chambre. Ces séances se réfèrent, me semble-t-il, aux macrorhythmes. Les séances étaient réalisées, grâce à une technique de massage ordonnée et prévisible. Nous y retrouvons l'importance de la répétition. Une rythmicité rassurante s'y est installée. D'une séance à l'autre, centrée sur un même toucher-massage de son dos, Clémence retrouve des gestes, des sensations et des mots déjà rencontrés. Cela peut la conforter et lui apporter réassurance et sécurité dans ce moment qui lui permet l'anticipation. Un lien de confiance

s'établit et se renforce alors entre nous. Puis, nous avons senti qu'il était possible de commencer des séances en salle de psychomotricité. Clémence était assez sûre pour que nous modifiions le cadre établi.

Par la suite, elle avait toujours deux séances par semaine, la première dynamique et la seconde où elle retrouvait, en duel avec ma maîtresse de stage, les toucher-massages. Au cours de ces séances de toucher-massage, Clémence avait toujours ses repères, considérés comme les macrorhythmes. Des éléments de nouveauté ont alors pu être proposés : l'ajout d'une odeur dans la salle grâce au diffuseur d'huiles essentielles ou bien des modifications au cours du massage comme l'ajout d'un imaginaire.

Au cours des séances du lundi, Clémence était toujours au sein d'un cadre rassurant, en notre présence et nous pouvions ajouter des microrhythmes. Nous apportions des éléments nouveaux, des surprises, de l'inconnu. Clémence savait que ces séances étaient destinées à la mise en mouvement du corps à travers des propositions de jeu diverses. Elle ne manifestait pas d'anxiété à l'idée de ne pas savoir ce que nous allions faire précisément. Il lui était possible de vivre des moments d'incertitudes.

De plus, j'ai rencontré une jeune fille plus spontanée au cours de la deuxième partie du suivi. J'ai découvert Clémence autrement, plus disponible et ouverte à la relation. L'apport des microrhythmes, à travers la surprise et l'inattendu a permis la rencontre, comme le souligne Marcelli. Clémence était alors moins dans une recherche de maîtrise ce qui lui a permis d'accéder au partage, aux rires et aux jeux.

J'ai pu voir au cours de mon stage, que l'anticipation et la prévisibilité étaient importantes et rassurantes pour ces patientes. Au cours de la première partie du suivi, en chambre, Clémence nous demandait systématiquement en fin de séance quand était la prochaine. Cela n'était plus systématique au cours de la deuxième partie du suivi. Je repense également à une patiente que nous suivions également en séance individuelle avec ma maîtresse de stage. Elle notait sur un tableau, dans sa chambre, les différents rendez-vous prévus au cours de sa semaine. Cela lui apportait réassurance et maîtrise sur les événements de la semaine. Je remarque d'ailleurs qu'au cours de ce suivi, nous sommes moins autorisées à amener du jeu et de la surprise. Les microrhythmes sont arrivés plus tardivement. Nous sentions que cette patiente n'était pas encore à même de pouvoir vivre l'incertitude et la surprise.

Nous pouvons également rattacher cette évolution du suivi au concept de « *mère suffisamment bonne* » de Winnicott. Dans un premier temps, nous avons senti que Clémence avait besoin de réassurance, de notre présence et de notre contenance (physique et psychique). Ensuite, au vu de son évolution, nous avons adapté notre présence pour l'amener vers une autonomie afin qu'elle puisse établir en elle sa sécurité. Tout comme l'éloignement de la présence de la mère pendant l'enfance, notre ajustement à travers l'évolution du suivi, a permis à Clémence de s'autonomiser et de retrouver des bases solides en elle.

2.2 Réassurance par le toucher

Le cadre thérapeutique sécurisé et le rôle de professionnel que nous tenons permet d'aborder le toucher en séance.

Le toucher est le premier sens qui se développe chez le bébé, d'abord in utero, puis grâce aux multiples expériences que connaît le bébé. Il permet de créer un lien de confiance et participe à la construction du sentiment de sécurité interne. Il permet de ressentir son corps comme une unité et encore une fois, de vivre des expériences rassurantes avec le soutien d'un environnement stable. Nous allons voir en quoi le toucher peut consolider le sentiment de sécurité interne à travers la sensation, la représentation qu'il apporte sur notre corps (soutenue par la verbalisation) mais aussi l'attention qu'il peut faire porter sur la solidité de notre charpente osseuse.

- **Réassurance par la sensation**

Les sensations que Clémence peut ressentir à travers mon toucher peuvent être rassurantes. Pendant le massage, mes mains touchent soit ses vêtements soit directement sa peau. Ce contact peau à peau peut accompagner Clémence dans les ressentis de son enveloppe corporelle. Comme Gaucher le souligne « *le toucher organise la perception de l'enveloppe corporelle (la peau) et de l'intériorité du corps (les muscles et les os)* » (2011, p. 85).

La notion d'enveloppe fait appel à la notion de limite et de contenance. Nous pouvons voir le corps comme un contenu. Comme nous l'avons vu, Anzieu parle de la peau comme une enveloppe, physique mais également métaphoriquement psychique. Il décline différentes fonctions de la peau, notamment la fonction de pare excitation sur

laquelle je me concentre. Elle permet de maintenir à l'intérieur les informations sensorielles de l'individu et de maintenir à l'extérieur les « *agressions physiques, les radiations, l'excès de stimulations* » (Anzieu, 1995, p. 125). Ce concept d'enveloppe renvoie alors au sentiment de sécurité. Nous nous sentons protégés car nous avons conscience de l'unité de notre corps et du rôle de notre peau comme enveloppe, barrière réelle et physique de notre corps.

À travers les touchers-massages, nous venons consolider cette perception, principalement lors du massage global, au cours duquel Clémence peut percevoir des sensations de l'ensemble de son corps, accompagnées de nos verbalisations. De plus, ces moments lui permettent de revivre des expériences de portage physique et psychique vécues dans sa petite enfance. Les séances lui apportent également un soin se référant au handling. En effet, nous la portons à travers notre toucher et notre parole ce qui vient consolider son sentiment de sécurité interne.

- **Réassurance par la représentation mentale du corps**

Le toucher permet également de se représenter mentalement son corps. Clémence semblait avoir une représentation erronée des proportions et des limites de son corps. Ce n'est qu'avec la répétition d'expériences que Clémence a pu prendre conscience des limites de son corps et de sa maigreur. De plus, les verbalisations qui accompagnent mon toucher permettent d'accompagner Clémence dans la représentation de son corps entier lors du massage global. En effet, je cite les différentes parties de son corps en même temps que mes mains les touchent.

En début de suivi, je me questionnais sur les paroles concernant sa maigreur que nous pouvions avoir. J'ai décrit précédemment ma sidération face à l'extrême maigreur de Clémence au cours des premières séances, m'empêchant de verbaliser en même temps que mon toucher. Je craignais qu'elle ne ressente ma gêne à travers mes paroles de manière trop forte. Cependant, il me semble que la verbalisation peut permettre de souligner la maigreur de la personne pour qu'elle en prenne conscience et est donc pertinente. Je pense que cela doit être fait avec prudence, une fois qu'une relation de confiance est bien installée. J'aurais peut-être voulu proposer tout d'abord des séances de toucher-massage associé à des paroles de relaxation classique ce qui m'aurait permis de tisser une relation de confiance et de l'aider à consolider son sentiment de sécurité interne. J'aurais été alors plus sereine d'aborder sa maigreur. De plus, en début ou en fin de séances, Clémence nous

questionnait : « *Quand est-ce qu'on va travailler sur les perceptions de mon corps* ». Il me semble que ses demandes pouvaient vouloir dire qu'elle n'avait pas l'impression de « travailler » pendant les séances, je pense que la mise en mot de sa maigreur avait son importance afin qu'elle puisse se rendre compte que le « travail » était « en cours ».

- **Réassurance par la perception de la charpente osseuse**

Chez les patientes anorexiques, nous retrouvons également une recherche de réassurance en sentant les os, leur solidité et surtout leur dureté, à l'inverse du mou, qui pour elles est synonyme de gras et de gros. La perception de la charpente est un repère sécurisant pour ces patientes. Nous pouvons imaginer que le passage de mes mains sur le dos de Clémence et sur ses os la rassure.

Nous pouvons également mettre en lien ce qu'expose Lesage. Il reprend les travaux de Gerda Alexander, fondatrice de la méthode de l'eutonnie et soutient que se reconcentrer sur la solidité de la charpente osseuse (sur la conscience de ses os) permet de diminuer les tensions musculaires qui ont finalement pris le rôle des os (Lesage, 2012b). Un patient s'étant construit une carapace tonique pour sentir la solidité de son corps, peut prendre conscience de la solidité de sa charpente osseuse qui lui permet de quitter cette carapace sans qu'il ne s'effondre: « *Si la peau peut être lieu d'une confusion, si les systèmes musculaire et organique sont le siège de modulations toniques importantes en lien avec les émotions et les interactions, l'os fait figure d'espace personnel indiscutable et stable* » (Lesage, 2012b). Clémence était en effet envahie par ses émotions et par l'angoisse. Les os peuvent être un repère stable et immuable de son corps, contrairement aux muscles et à son état tonique qui peuvent varier, notamment en fonction de ses émotions.

J'imagine qu'un travail centré sur des percussions osseuses aurait pu être intéressant auprès de Clémence afin de consolider son sentiment de sécurité interne grâce aux sensations que ce toucher provoque : sensation de la charpente osseuse et de la peau qui soutient et contient.

2.3 Portage en mouvement

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le holding et le handling, ainsi que l'ajustement tonico-émotionnel permettent l'élaboration du sentiment de sécurité interne. Au cours du suivi, Clémence a pu revivre un soutien et un portage (holding) autant

physique que psychique comme lorsqu'elle était bébé. Comme vu plus haut, le toucher fait revivre des expériences de portage similaires à celles vécues pendant la petite enfance. Les séances en mouvement ont également permis de ressentir ce portage.

Notre présence soutient Clémence au sein d'un environnement sécuritaire. Nous vivons ensemble les mêmes expériences motrices, cela est porteur de son engagement moteur et psychique au sein des séances. Il me semble que son investissement et son enthousiasme ne seraient pas les mêmes si nous ne partagions pas ensemble les expériences. Notre regard et nos mots la soutiennent également, tout comme une mère le fait avec son tout petit. En effet, nous savons que s'il n'est pas porté par le regard de sa figure, le bébé ne se mettra pas en mouvement et désinvestira le lien avec l'environnement.

Je reviens sur la scène décrite au cours de la séance vidéo. Les mouvements de Clémence n'avaient pas une grande amplitude. Cependant lorsque la psychomotricienne se retrouve face à elle et impulse un élan dans son mouvement, porté par un son, Clémence lâche prise. Elle se met à sourire davantage et déploie ses gestes qui s'assouplissent. Ainsi, par sa propre expression corporelle : sa présence, ses gestes en miroir et sa voix, la psychomotricienne soutient Clémence dans son expressivité.

Nous retrouvons également la notion de portage au sein de la séance « statue, sculpteur, modèle » où Clémence se laisse presque « tomber » dans mes bras. Je la porte alors physiquement pour l'amener au sol. Ce moment est un moment de portage physique très fort mais c'est également un moment de portage psychique. Nous pouvons penser que Clémence a abaissé son tonus une fois dans mes bras pour tester ma propre solidité, comme l'enfant qui a besoin de savoir que sa figure est là afin d'être suffisamment tranquille et se sentir suffisamment en sécurité pour aller explorer son environnement.

Lors d'une séance, je propose une expérience où nous devons nous laisser guider par l'autre en fonction du mouvement qu'il nous induit. Au cours d'une expérience à trois, nous nous tenons la main en farandole. La première de la file commence à marcher pour emporter les deux autres dans son mouvement. Elle accélère ensuite le pas. Cette expérience nous emporte dans un élan, la dernière de la file peut se laisser porter tant elle est entraînée par le mouvement. Clémence a préféré cette place et a pris plaisir à vivre cette expérience. Elle a été capable de relâchement tonique et de lâcher prise, ce qui lui a permis de ressentir des sensations de portage agréable.

Ce même jour, sentant que Clémence est à l'aise, je propose l'expérience de « la bouteille ivre ». L'une d'entre nous se place au centre, entourée d'une personne face à elle et une dans son dos avec les bras tendus. Lorsqu'elle le sent et à son rythme, elle se laisse tomber en avant, la personne la soutient puis la remonte doucement à la verticale, et cela de même en arrière. On continue ainsi des aller-retours. Clémence nous confie également qu'elle a préféré la place au centre. Lorsque Patricia et moi étions autour d'elle, l'expérience ressemblait à un balancement, tel un bercement. Un ajustement tonique s'est exercé, nous avons senti, par sa posture, son rythme et l'impulsion de son premier mouvement que les balancements ne devaient pas être rapides mais au contraire calmes et soutenant. Elle ressentait alors davantage notre portage. Encore une fois, il me semble que Clémence recherche et apprécie ces moments similaires à des expériences régressives. Ces propositions montrent qu'il s'est créé un lien de confiance mutuelle et qu'elle se sent en sécurité.

J'observe à travers ces différents moments, les capacités de régulation tonique de Clémence. Par rapport au bilan psychomoteur, elle est maintenant capable d'ajuster son tonus. C'est-à-dire lâcher prise et abaisser son tonus pour se laisser porter par le mouvement tout en maintenant une tenue pour ne pas s'effondrer.

2.4 Capacité à jouer

En guise de conclusion, j'aimerais évoquer la capacité à jouer de Clémence. Pour pouvoir jouer, il faut être capable de lâcher prise afin de pouvoir vivre la surprise et l'inattendu. En séance, elle s'est autorisée à vivre des expériences nouvelles avec son corps. Cela lui a permis de se détacher de la maîtrise qu'elle en avait et de se raccrocher aux sensations que le mouvement pouvait lui procurer. L'expérience de sensations plaisantes, nouvelles ou retrouvées, lui a permis de se reconnecter à son corps par un chemin agréable. Cela l'a sortie des angoisses et sensations désagréables qui la submergeaient auparavant.

Selon moi, cela montre qu'elle a retrouvé une sécurité interne assez renforcée. J'y retrouve alors la pertinence d'avoir débuté par des séances de massages puis de mise en mouvement. L'élaboration d'une relation de confiance ainsi que les expériences de relaxations rassurantes ont permis le renforcement de sa sécurité de base ainsi que de

diminuer son anxiété. Clémence a ensuite pu accepter de moins maîtriser son corps et son quotidien, elle a alors pu accéder au jeu et à la perte de contrôle. Nous avons même pu observer son plaisir à lâcher prise et à ne pas tout contrôler, comme lors du jeu de la farandole.

Conclusion

Patrick Süskind / Le parfum

“Pour se servir de sa raison, on a besoin de sécurité et de quiétude.”

Ce mémoire parle d'une notion qui nous concerne tous, le sentiment de sécurité interne. C'est un besoin fondamental qui nous permet d'évoluer et d'oser partir explorer le monde. Je vous ai présenté le cas de Clémence, une jeune adolescente en construction pour qui l'anorexie est venue révéler un manque de sécurité interne et un besoin de soutien. Son hospitalisation lui a permis de renforcer ce sentiment afin de « *retrouver raison* » comme proposé dans la citation d'introduction de cette conclusion. Nous avons vu comment elle a pu se saisir des séances de psychomotricité. Tout d'abord, les séances de toucher massage, en lien avec la relation de confiance qui s'est établie, lui ont apporté réassurance. Nous pouvons également noter l'importance du cadre et du rôle du psychomotricien dans la symbolisation des ressentis. Nous avons vu Clémence éclore et reprendre plaisir à se mouvoir et à vivre des expériences agréables, en dehors d'une recherche de performance. Clémence s'est révélée au cours des séances dynamiques, en parvenant à mettre de côté sa recherche de maîtrise pour lâcher prise et prendre plaisir dans ses expériences.

Il me semble que ce qui lui a permis ce renforcement de sécurité interne, en psychomotricité, sont les expériences contenant et sécurisantes que l'on peut relier aux interactions précoces qui avaient besoin d'être répétées, mais également le fait de vivre des expériences agréables, ce qui est totalement mis de côté avec l'arrivée de la maladie. Clémence a été en capacité de prendre conscience de ses ressources, de sa solidité et des appuis qu'elle peut trouver en elle et auprès des autres.

Ce mémoire vient clôturer ces années d'études qui furent intenses. Son écriture m'a permis d'alimenter ma réflexion et de faire des liens entre les éléments cliniques des séances et des apports théoriques. Cela m'a apporté une compréhension qui m'a permis d'être source de propositions adaptées aux patientes en fonction de leur problématique et de leur manière de fonctionner. D'abord avec une place d'observatrice, puis de coanimatrice ainsi que porteuse d'un groupe, j'ai pu prendre confiance en mes capacités au cours de ce stage et élaborer mon identité professionnelle en prenant appui, tant sur des apports théoriques que sur les différents professionnels et maîtres de stage rencontrés.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- Antoine, P. (2015). Psychopathologie cognitive et neuropsychologie de l'anorexie mentale. In J.-L. Nandrino, *L'anorexie mentale* (p. 153-192). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0153>
- Anzieu, D. (1995). Fonctions du Moi-Peau. In *Le moi-peau*. (Nouvelle édition revue et augmentée., p. 119-137). Dunod.
- Bonneville, E. (2014). *Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : L'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle*. *Le Carnet PSY*(181), 31-34.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition.). Elsevier Masson.
- Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25(2), 29-47. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0029>
- Dodin, V. (2018). *Anorexie, boulimie. En faim de conte... : En faim de conte*. Desclée de Brouwer.
- Durand-Pilat, I. (2009). « Dévorer les livres » ou le refuge dans la scolarité. In T. psychanalyste) Vincent, *Soigner les anorexies graves. : La jeune fille et la mort* (p. 55-63). Erès.
- Gaucher-Hamoudi, O. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité*. HdF, Heures de France.

- Grigioni, S., & Déchelotte, P. (2012). Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine & Nutrition*, 48(1), Article 1.
<https://doi.org/10.1051/mnut/201248102>
- HAS. (2009). *Table d'indice de masse corporelle*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/table_imc_230909.pdf
- Henniaux, M. (2009). Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'information psychiatrique*, 85(1), 35-41.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8501.0035>
- Housseini-Houy, S., Camara, H., & Moro, M. R. (2022). Tonus et culture, de la mémoire corporelle à la transparence corporelle. Une lecture transculturelle de la psychomotricité. *Perspectives Psy*, 61(4), 353-360.
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2022614353>
- Ignazio, A. d', Martin, J., Hermant, G., & Vachez-Gatecel, A. (2018). L'espace. In *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants* (p. 130-150). Éditions Tom Pousse.
- Inserm. (2020). *Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé*.
<https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
- Kern, L., Carrer, M., Marsollier, E., Gully-Lhonoré, C., & Bernier, M. (2020). Activité physique, quand trop c'est trop : État des connaissances sur l'activité physique problématique. *La Presse Médicale Formation*, 1(5), 511-514.
<https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.10.018>
- Larousse, É. (2022). *Définitions : Cadre - Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054>

- L'assurance Maladie. (2023a). *Anorexie mentale : Définition et causes*. Ameli.fr.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- L'assurance Maladie. (2023b). *Boulimie et hyperphagie boulimique : Définition et causes*. Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-definition-causes>
- Lesage, B. (2012a). Dedans/Dehors. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 105-125). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0105>
- Lesage, B. (2012b). Poids : Dialectique du support et de l'appui. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 127-145). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2012.01.0127>
- Marcelli, D. (2005). Répétition et nouveauté, la surprise dans le rythme. In *La surprise. : Chatouille de l'âme* ([Nouvelle éd.], p. 126-159). A. Michel.
- OMS. (2022, octobre). *Activité physique*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/physical-activity>
- Phillips, K. A., & Stein, D. J. (2021). *Dysmorphophobie—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD.
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/dysmorphophobie>
- Ponton, G. (2007). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*.
<https://docplayer.fr/21041519-Construction-du-sentiment-de-securite-par-la-verticalite.html>
- Potel Baranes, C. (2015a). Avant-propos. In *Du contre-transfert corporel* (p. 21-25). Érès.
<https://www.cairn.info/du-contre-transfert-corporel--9782749247830-p-21.htm>

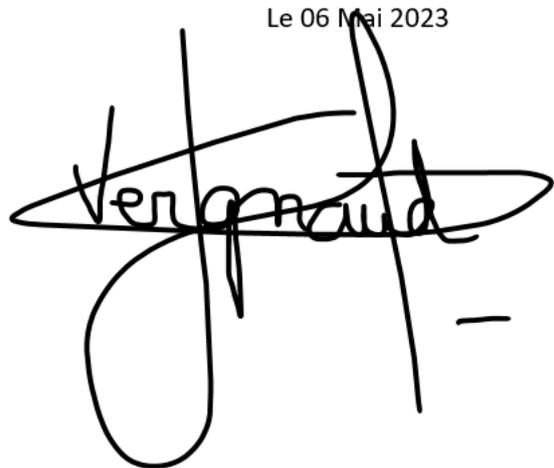
- Potel Baranes, C. (2015b). Le contre-transfert corporel. In *Du contre transfert corporel* (p. 111-124). Erès. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/du-contre-transfert-corporel--9782749247830-page-111.htm>
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* ([Nouvelle édition augmentée]). Erès.
- Potel, C., & Marcelli, D. (2015). L'adolescence : Un passage. In *Corps brûlant, corps adolescent : Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* ([Nouvelle édition actualisée], p. 57-72). Erès.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
- Rommel, D., & Nandrino, J.-L. (2015). Processus émotionnel et trouble de la régulation émotionnelle dans l'anorexie mentale. In *L'anorexie mentale* (p. 117-151). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0117>
- Sarrola, M. R. (2009). À la recherche du corps perdu. In T. psychanalyste) Vincent, *Soigner les anorexies graves. : La jeune fille et la mort* (p. 205-231). Erès.
- Veeser, A. (2015). Contenance en psychomotricité. Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... In Eric. W. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. P. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Vu par le maitre de mémoire,

Gaëlle Vergnaud,

À L'Isle d'Abeau

Le 06 Mai 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vergnaud', with a large, stylized flourish below it.

Auteur : Julie CONREAUX

Titre :

ANOREXIE MENTALE ET SENTIMENT DE SECURITE INTERNE
Porter une jeune adolescente en séances de psychomotricité

Mots - clés :

anorexie mentale – adolescence - sécurité interne - toucher massage – mouvement

anorexia – adolescence - sense of internal security – massage – movement

Résumé :

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires, révélant une souffrance psychique exprimée par le corps. La psychomotricité a donc sa place au sein du projet de soin de patientes anorexiques. Je rencontre Clémence au sein de l'unité TCA où j'effectue mon stage. Elle est fortement envahie par la maladie. En six mois d'hospitalisation complète, elle se saisit progressivement des différentes propositions que nous lui faisons afin de renforcer son sentiment de sécurité interne. Ce mémoire retrace son évolution, j'y aborde la spécificité de la psychomotricité dans la consolidation du sentiment de sécurité interne, à travers des séances de toucher-massage et de mise en mouvement corporel.

Mental Anorexia is an eating disorder. It is a psychic suffering that expresses through the body. Therefore psychomotor therapy can help anorexic patients in their healthcare projects. I met Clémence in an eating disorder unit, where I am doing my internship. She was really overwhelmed by her illness. During six months of complete hospitalization, she was able to gradually grasp the different proposals we made to strengthen her sense of internal security. My final dissertation traces her evolution and the specificity of psychomotor therapy to strengthen her sense of internal security, through massage and body movement.