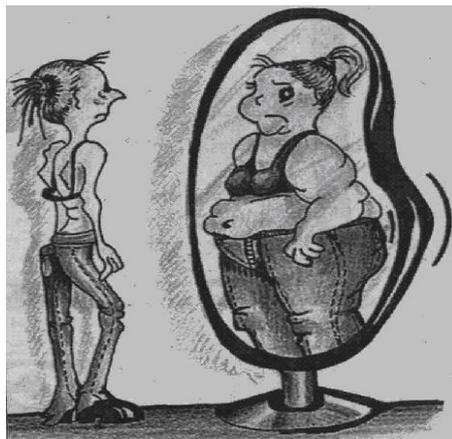




Faculté de médecine Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

LE BILAN PSYCHOMOTEUR CHEZ L'ADOLESCENT(E) ANOREXIQUE

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui par leurs conseils, leur disponibilité et leur soutien ont permis la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord merci à ma famille qui a su me soutenir et me reconforter dans les moments de doutes tout au long de cette année.

Un grand merci également à Michel SANTAMARIA, qui a supervisé ce mémoire, qui s'est beaucoup investi dans ce projet se rendant disponible à tout moment pour répondre à mes nombreuses questions et qui a su me guider et m'écouter tout au long de cette aventure avec magnanimité.

Merci aussi à toute l'équipe hospitalière qui s'est rendue disponible pour participer à ce projet d'étude.

Merci à Jérôme MARQUET-DOLEAC et à Régis SOPPELSA pour leur disponibilité et leur aide.

Merci à toi pour ton soutien, ta compréhension et ton aide.

Merci à mes amies, Gwen, Lisa, Fanny, Emelyne, Aurélie et aux deux Carine qui ont été là dans les moments difficiles comme dans les meilleurs et qui ont fait de ces trois années une expérience humaine unique qui n'a pas fini de s'écrire.

Enfin merci à tous ceux que je n'ai pas cités et qui ont fait de ces trois années une aventure riche en connaissances, en expériences et en rencontres.

« L'esprit est uni au corps par le fait que le corps est à n'en pas douter l'objet de l'esprit »

SPINOZA, L'Ethique, novembre 1677.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE ET TABLE DES SIGLES

INTRODUCTION..... 1

PREMIERE PARTIE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

« QU'EST CE QUE C'EST ? »..... 2

I) Généralités sur les TCA. 2

1) Historique et définition 2

2) Epidémiologie 3

II) Sémiologie ; évolution et pronostic des TCA 4

1) Sémiologie, évolution et pronostic de l'anorexie mentale. 4

a) La forme féminine4

b) La forme masculine5

2) Sémiologie, évolution et pronostic de la boulimie 6

3) Sémiologie, évolution et pronostic des troubles alimentaires non spécifiés 7

III) Critères diagnostiques et diagnostics différentiels des TCA 7

1) l'anorexie mentale..... 7

2) La boulimie 8

3) les troubles alimentaires non spécifiés 9

IV) Repérage, moyens d'évaluation et de dépistage. 9

1) Les recommandations de la HAS 9

2) Les moyens d'évaluation et de dépistage 10

V) Focus sur l'anorexie mentale. 10

1) Etiopathogénie: un consensus sur l'origine multifactorielle du trouble. 10

a) les principaux facteurs individuels de vulnérabilité: 11

b) Les facteurs socioculturels de vulnérabilité: 12

c) Les facteurs familiaux de vulnérabilité: 13

d) Les facteurs précipitant : 13

2) Les principaux modèles de compréhension du trouble 13

3) Comorbidités 15

4) Symptomatologie fréquemment associée à l'anorexie mentale 15

a) Les distorsions cognitives. 15

b) Déficit des fonctions exécutives 15

c) La Ritualisation 16

d) L'hyper investissement scolaire..... 16

e) L'hyperactivité physique 17

f) L'hypertonie. 18

g) Trouble de la conscience émotionnelle et Alexithymie..... 18

h) La question du schéma corporel et de l'image du corps..... 19

5) Conséquences du trouble sur le plan physique, psychologique, familial et social 24

a) Sur le plan physique 24

b) Sur le plan psychologique 25

c) Sur le plan familial et social 25

SECONDE PARTIE : L'ANOREXIE MENTALE : « QU'EST CE QU'ON FAIT ? » ... 26

I) Généralités sur le circuit de soins.....	26
1) Des parcours différents selon la problématique individuelle.....	26
a) L'entrée dans le circuit de soins.....	26
b) L'hospitalisation à temps plein.....	26
c) L'hôpital de jour.....	28
II) Approche psychomotrice dans la prise en charge de l'anorexie mentale	29
1) Le temps de la rencontre patient/thérapeute	29
2) Légitimité de la prise en charge psychomotrice de l'anorexie mentale.....	29
3) Quelles modalités de prise en charge ?.....	31

TROISIEME PARTIE : ANOREXIE MENTALE A L'ADOLESCENCE :

« PROPOSITION DE CREATION D'UN BILAN PSYCHOMOTEUR POUR LES ADOLESCENTS(ES) ANOREXIQUES ET ILLUSTRATION CLINIQUE DANS UNE UNITE D'HOSPITALISATION TOULOUSAINE. »..... 32

I) Point de départ de la construction du bilan psychomoteur : Le bilan de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi.....	32
1) Le cadre du bilan.....	32
2) Composition générale du bilan d'Odile Gaucher-Hamoudi	33
3) Discussion.....	43
II) Présentation d'une autre proposition d'un bilan psychomoteur bilan destiné aux adolescents(es) anorexiques.	44
1) Cadre général du bilan proposé.....	44
2) Présentation du bilan.....	45
a) Entretien préalable.....	45
b) Contenu du bilan.....	45
III) Illustration clinique dans une unité d'hospitalisation Toulousaine.	54
1) Présentation générale de la structure et fonctionnement.....	54
2) Les missions de la structure	54
3) Les pathologies prises en charge.....	55
4) Présentation du cas d'Inès.....	56
5) Résultats du bilan d'Inès.....	58
6) Conclusion du bilan	69
7) Discussion.....	70

CONCLUSION..... 71

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

GLOSSAIRE ET TABLE DES SIGLES

Acrocyanose : Phénomène de coloration bleutée des pieds et des mains.

Anémie : Manque de fer.

APA : American Psychiatric Association.

Atrophie : Diminution de volume ou de taille, plus ou moins importante, d'un membre, d'un organe ou d'un tissu, d'origine pathologique ou physiologique.

Bradycardie : On parle de bradycardie lorsque la fréquence cardiaque est anormalement basse soit une fréquence cardiaque inférieure à 60 battements/min chez l'adulte.

Cachexie : État d'affaiblissement extrême. (Synonyme : amaigrissement).

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Cortisol : Hormone stéroïde.

GH : Hormone Gonadotrope.

HAS : Haute Autorité de Santé.

Hypercholestérolémie : Taux trop élevé de cholestérol global dans le sang, ce qui accroît le risque d'accident cardio-vasculaire.

Hypertrophie parotidienne : Augmentation du volume des glandes salivaires principales situées derrière les branches montantes de la mâchoire due aux vomissements répétés.

Hypocalcémie : Taux de calcium dans le sang anormalement bas.

Hypoglycémie : Baisse du glucose sanguin en dessous de 0,5 g/l.

Hypokaliémie : Concentration plasmatique insuffisante de potassium. Ce désordre hydro-électrolytique peut menacer le pronostic vital par la survenue de troubles du rythme cardiaque.

Hypophosphorémie : Diminution des phosphates contenus dans le plasma sanguin.

Hypothermie : Température interne du corps chutant au-dessous de 36 degrés Celsius.

IMC : Indice de Masse Corporelle : (poids (kg)/taille² (m))

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Myocarde : muscle cardiaque.

Néoglucogenèse : Fabrication des glucides à partir des protéines.

Ostéoporose : Réduction de la masse osseuse avec une altération de l'architecture du tissu osseux.

Purpura : Affection caractérisée par l'apparition sur la peau de petites taches rouges dues au passage de globules rouges sur le derme suite à une carence en vitamine C.

SCL-90-R : Liste de vérification de 90 symptômes (Derogatis, 1977). Instrument d'auto évaluation permettant d'évaluer des problèmes psychologiques et des symptômes psychopathologiques.

Squame : Lamelle d'épiderme qui se détache de la peau.

T3 : Hormone Triiodothyronine, produite par la glande thyroïde.

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire.

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

INTRODUCTION

Au cours de ces trois années d'études, un enseignement sur l'anorexie mentale nous a été dispensé à plusieurs reprises et m'a permis de voir l'ampleur de la problématique du lien corps/psychisme, point névralgique dans ce trouble. Mon questionnement s'est peu à peu orienté vers la problématique suivante : la pratique psychomotrice peut-elle trouver sa place dans la prise en charge de ce trouble ?

De là, plusieurs questions sont apparues : quel est le rôle du psychomotricien dans la prise en charge de ce trouble dont la symptomatologie est complexe et variée ? Mais aussi et surtout existe-t-il un bilan psychomoteur spécifique à l'anorexie mentale, bilan représentant le fondement de toute prise en charge ?

Mes recherches sur l'évaluation psychomotrice de ce trouble ont alors révélées l'existence d'une seule et unique référence bibliographique d'un bilan psychomoteur auprès des patientes adolescentes anorexiques, fruit d'une longue expérience de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi à l'unité TCA de Saint-Etienne.

Partant de cette base, nous avons voulu proposer une autre vision d'un bilan psychomoteur destiné lui aussi aux adolescents en essayant d'y inclure à la fois des données cliniques et métriques dans le but de mieux cerner et quantifier les difficultés rencontrées par le sujet.

La première partie de ce mémoire décrira ce que sont les troubles du comportement alimentaire car les reconnaître, les comprendre et avoir en tête les multiples conséquences de ces troubles pour le sujet et son environnement constitue le socle de connaissances essentielles pour toute pratique professionnelle.

La deuxième partie abordera le parcours de soin des sujets souffrant d'une anorexie mentale ainsi que l'intervention possible du psychomotricien au sein de ce parcours.

Enfin, la troisième et ultime partie présentera le bilan psychomoteur d'Odile Gaucher-Hamoudi et celui que nous avons pu proposer et qui sera illustré par une situation clinique.

PREMIERE PARTIE : les Troubles du Comportement Alimentaire « Qu'est ce que c'est ? »

D) Généralités sur les TCA.

1) Historique et définition

On retrouve des descriptions anciennes de cas s'apparentant à l'anorexie et à la boulimie :

L'« anorexia » qui signifie en grec « perte d'appétit », est connue depuis l'antiquité et revêt une origine divine. Au Moyen-âge, on considérait les jeûneuses soit comme possédées par le diable et condamnées au bûcher soit comme des saintes. A la fin du 17^{ème} siècle, les médecins la considèrent comme une réelle entité clinique, différentes appellations et conceptions ont alors été soumises pour la définir. Richard Morton en 1689, la décrit pour la première fois sous le nom de « phtisie nerveuse » la distinguant de la « phtisie tuberculeuse ». L'anorexie primaire est déjà différenciée de l'anorexie secondaire qui s'associe à la mélancolie entre autre.

Au 19^{ème} siècle on attribue à l'anorexie mentale une origine psychiatrique. En France c'est à C.Lasègue que l'on doit la fameuse triade symptomatologique « anorexie, aménorrhée, amaigrissement » qui caractérise le trouble, et la qualifie « d'anorexie hystérique ». En Angleterre, W.Gull la rebaptisa « anorexia nervosa » soit « perte d'appétit d'origine mentale » soulignant explicitement l'origine psychique du trouble.

A la fin du 19^{ème} siècle, les premières théories psychanalytiques tentent d'expliquer le trouble. La plupart des auteurs la rapproche à d'autres affections psychiatriques connues telles l'hystérie et la mélancolie (Charcot 1885 et Freud 1893) et ne la reconnaissent pas comme une pathologie à part entière. Charcot, lui, insiste sur l'intérêt thérapeutique d'un isolement du malade de son milieu familial.

Parallèlement, à ces théories, les découvertes endocriniennes du début du 20^{ème} siècle confèrent à l'anorexie mentale une toute autre origine. C'est avec la découverte de la cachexie hypophysaire en 1914 par Simmons De Hamtony que l'anorexie est alors classée dans les troubles endocriniens. Mais c'est avec les travaux de Sheeman en 1938 que l'anorexie mentale est différenciée de l'amaigrissement secondaire aux cachexies endocrines.

Quant à la boulimie, c'est à Galien, médecin grec du II^{ème} siècle après J.C, que l'on doit le terme de « boulimus » signifiant « faim de bœuf » qu'il associe à une pâleur, une froideur des extrémités, un poids faible et une sensation d'excès gastrique. Mais en 1743, avec James dans son dictionnaire médical, cela est discuté et il l'associe à une préoccupation intense du sujet pour la nourriture. En 1807, dans le dictionnaire d'Edinburgh la boulimie est considérée comme une affection chronique caractérisée par des vomissements et évanouissements, ou les deux, suite à l'excès de nourriture.

En 1869, en France, Blanchet distingue boulimie et hyperphagie mettant en évidence le caractère compulsif du geste associé à une obsession pour la nourriture. En 1903, Janet dans « obsession et psychasthénie » décrit des cas boulimiques mais maigres et pense alors que les sujets se faisaient soit vomir soit passaient par des phases de restriction pure.

Mais, ce n'est que depuis une vingtaine d'années que la boulimie est considérée comme une entité autonome distinguée de l'anorexie et de l'obésité. En 1975 Rau et Green décrivent un accès boulimique mais sans faire référence ni à l'obésité ni à l'anorexie. En 1979, Palmer la nomme « syndrome de chaos alimentaire » et la même année Russel énonce les critères diagnostics de ce qu'il nomme « boulimie nerveuse ».

2) Epidémiologie

Les troubles du comportement alimentaire, apanage des pays occidentaux seraient en émergence croissante dans les pays et les familles adoptants une culture occidentale. C'est un véritable problème de santé publique comme aux Etats Unis où l'anorexie mentale, est la troisième maladie chronique après l'obésité et l'asthme.

Les TCA apparaissent généralement à l'adolescence autour de la puberté et concernent à 90% les femmes. L'âge de début de l'anorexie mentale est en moyenne de 17 ans avec deux pics de fréquence observés vers 13 et 18 ans bien qu'il existe des formes rares pré-pubères et tardives apparaissant aux alentours de 40 ans. La boulimie, elle, apparait plus tardivement vers 19-20 ans.

La prévalence des TCA dans la tranche d'âge des 12-25 ans, se situe aux alentours de 0,5 à 1% concernant l'anorexie mentale et entre 2 et 5% pour la boulimie, pouvant aller jusqu'à 14% selon les études pour les formes subsyndromiques c'est-à-dire celles qui ne remplissent pas l'ensemble des critères diagnostic du trouble du comportement alimentaire.

Ces formes sont retrouvées chez plus de 50% des sujets venant consulter pour un trouble du comportement alimentaire. Alors que l'incidence de l'anorexie resterait relativement stable dans les pays occidentaux avec un taux estimé à 1,8/1 000 chez les femmes de 15 à 19 ans selon l'INSERM, la boulimie serait, elle, en augmentation depuis une vingtaine d'années. Mais ce constat reste discuté car les études épidémiologiques sont encore trop récentes. Cette stabilité relative contraste avec une importante augmentation chez les adolescentes des préoccupations focalisées sur le corps et des perturbations du comportement alimentaire : les crises de boulimie nerveuse peuvent toucher jusqu'à 28% des adolescentes et 20% des adolescents âgés de 10 à 19 ans. Les stratégies de contrôle du poids quant à elles concernent 8% des garçons et 19% des filles (Kendler KS et *al.*, 1991). Ces chiffres forcent à la vigilance sachant que la chronicité peut être évitée grâce à une prise en charge précoce et adaptée.

* *Compte tenu que l'anorexie mentale concerne en majorité les femmes, le genre féminin sera utilisé pour simplifier la rédaction de ce mémoire.*

II) Sémiologie ; évolution et pronostic des TCA

1) Sémiologie, évolution et pronostic de l'anorexie mentale.

a) La forme féminine

Son tableau clinique caractéristique n'a pas changé depuis Lasègue où il associe la triade symptomatique:

Anorexie : Elle signifie « perte d'appétit » mais il s'agit en fait d'une restriction volontaire de nourriture avec une lutte active contre la faim. C'est seulement quand l'amaigrissement est important que la perte de sensation de faim apparaît. Elle s'instaure car le sujet a l'impression d'être gros et a une peur obsédante de grossir demeurant malgré la perte de poids. A cela s'ajoute des obsessions et des attitudes distordues envers la nourriture amenant le sujet à adopter des stratégies pour perdre du poids (tri et pesée des aliments, mensonges, absorption de grande quantité d'eau, vomissements induits, prise de purgatifs, activité physique intense,...). La maîtrise du poids s'accompagne d'un sentiment de victoire et de fierté et l'entrée dans le trouble est généralement teintée d'affects positifs. Mais rapidement la personne devient prisonnière de son fonctionnement.

Amaigrissement: Il découle de l'anorexie. Progressif, il évolue rapidement atteignant vite une perte de poids de 20 à 30% du poids antérieur et dans les formes les plus sévères 50% mettant en jeu le pronostic vital du sujet. Toute prise de poids entrainera un sentiment d'insatisfaction, de colère et de dévalorisation de soi. Cet amaigrissement apparent n'inquiète pas, il est nié, la personne anorexique se trouvant toujours trop grosse.

Aménorrhée : Symptôme cardinal, elle est toujours présente dans la forme féminine et coïncide avec le début de l'amaigrissement. Elle se définit par un arrêt de trois mois des cycles menstruels précédemment réguliers ou d'un arrêt de six mois dans le cas de cycles irréguliers ce qui est fréquent à l'adolescence. Primaire, si l'anorexie apparaît en début de puberté, l'aménorrhée est parfois masquée par la prise d'une contraception orale.

b) La forme masculine

Plus rare, elle se différencie de la forme féminine dans le sens où l'aménorrhée est remplacée par des troubles de l'érection et une absence de libido. L'amaigrissement lui, est souhaité pour arborer des formes hyper masculines (muscles saillants). Enfin, elle pourrait masquer une organisation psychotique de la personnalité ou traduire un trouble de l'identité sexuelle. Il y aurait une plus grande incidence du trouble dans la population homosexuelle qui pourrait s'expliquer par une insatisfaction corporelle plus importante (Hospers et Jansen, 2005).

Evolution et pronostic : La guérison de l'anorexie mentale concerne 50 à 60% des cas si on se base uniquement sur la disparition de la triade symptomatique, mais concerne 30 à 40% des cas si l'on considère les critères d'amélioration de la qualité de vie socio affective et de personnalité. La guérison est lente, rarement inférieure à 4 ans, avec dans 50% des cas des rechutes et une évolution vers la boulimie. Le risque de chronicisation s'accroît avec l'absence de guérison au bout de 4 ans et a de graves conséquences sur le plan physique et psychique. Le décès concerne 5 à 10% des cas en moyenne. Dans une revue d'études sur le futur des anorexiques adultes et/ou adolescentes pris en charge en ambulatoire ou à l'hôpital et suivis sur un minimum de 4 ans, Steinhausen et al (1991) concluent que 44% retrouvent un poids presque normal avec reprise des règles, 24% ont un poids inférieur à la normal avec des règles intermittentes ou absentes. Dans les 2/3 des cas les préoccupations sur le poids et l'alimentation perdurent et 40% évoluent vers une boulimie. Le décès concerne 5% des cas. Nombreux sont les sujets guéris ou non souffrant de troubles psychiatriques. Meilleur est le

pronostic chez les adolescents avec 50 à 70% de guérison, 20% de symptômes résiduels et de chronicisation.

2) Sémiologie, évolution et pronostic de la boulimie

Selon la description de Russel (1979) le syndrome boulimique se caractérise selon trois critères :

- Les sujets boulimiques souffrent d'un besoin intense et irrésistible de se suralimenter.
- Ils tentent d'éviter la prise de poids liée à ces excès de nourriture en se faisant vomir et/ou en abusant de laxatifs.
- Ils éprouvent une peur morbide de devenir gros.

Cliniquement, la boulimie s'illustre par des épisodes répétés et incontrôlables d'hyperphagie où le sujet ingurgite rapidement et anarchiquement une grande quantité de nourriture. Les crises, faites en général en cachette et hors repas font échos à un sentiment d'angoisse, de frustration ou de solitude. D'un caractère souvent prémédité, la personne achète ou vole de la nourriture choisit pour sa haute valeur calorifique et son caractère bourratif. Classiquement, la crise se traduit par plusieurs phases :

Avant la crise, un état d'excitation et de tension sont ressentis. Durant la crise la quantité énorme d'ingestats soulage le sujet mais rapidement le malaise physique apparaît (nausées, douleurs abdominales) marquant alors l'arrêt de l'ingurgitation. Puis un malaise psychologique survient, où honte et dégoût de soi prédomine. La crise est souvent suivie de vomissements induits mais l'ingestion peut reprendre après la régurgitation si la nourriture est disponible. Pour contrôler son poids le sujet a alors recours aux vomissements, au jeûne, aux purgatifs, à la pratique intensive de sport.

Evolution et pronostic : La boulimie n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études de suivi au long cours mais dans une étude Keel, PK et *al.* (1999), montrent qu'après 11,5 ans d'évolution, seulement 30% des sujets restent boulimiques dont quelques uns ont anorexie associée. Généralement, son évolution est chaotique avec une alternance de périodes pathologiques et de remissions. Des troubles psychiatriques y sont associés, avec plus fréquemment des comportements impulsifs (toxicomanie, kleptomanie, tentatives de suicide, alcoolisation, automutilations). Dans 60% à 80% des cas, un syndrome dépressif majeur est présent à un moment donné du trouble.

3) Sémiologie, évolution et pronostic des troubles alimentaires non spécifiés

Ils regroupent l'ensemble des troubles ne remplissant pas l'ensemble des critères diagnostic de l'anorexie ou de la boulimie. On les qualifie également de « formes partielles ». Les sujets souffrant de ces formes ont les mêmes problématiques que les sujets présentant une forme complète, c'est-à-dire une faible estime de soi liée au poids et à l'apparence corporelle. Dans ces formes, il y a préoccupation importante pour le poids et la nourriture avec un rapport anarchique à celle-ci oscillant entre restriction alimentaire et alimentation débridée pour compenser la privation antérieure mais il y a moins de manœuvres compensatoires.

Evolution et pronostic : Pour Patton (1999) 15% des syndromes partiels ont évolué en syndrome complet. D'autres études sur un suivi de 4 ans relèvent des taux allant de 30 à 45% (Herzog, 1999). Ces formes partielles ont des conséquences aussi sévères sur le plan physique et psychologique. Aussi, la présence à l'adolescence d'une forme partielle est un facteur de risque important pour développer des troubles psychiques (troubles anxieux, dépressifs, tentative de suicide) et physiques (troubles cardiaques, infections, fatigue et douleurs chroniques...) Jonson et *al.*, 2002.

III) Critères diagnostiques et diagnostics différentiels des TCA

Actuellement, le DSM IV (Diagnostic Statistical Manual, 1994), classe sous l'appellation « troubles du comportement alimentaire » : l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles alimentaires non spécifiés ; l'obésité n'en faisant pas partie. Cependant c'est un clivage artificiel car ces troubles évoluent généralement vers un continuum et en alternance. Voici en résumé les critères diagnostic du DSM IV :

1) l'anorexie mentale

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids corporel à moins de 85% du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est aménorrhéique si les règles apparaissent avec la prise d'hormones).

Le type doit être spécifié :

Type restrictif : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté de manière régulière de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Avec crise de boulimie : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté de manière régulière des crises de boulimies et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs. Les crises boulimiques sont suivies d'une recrudescence de restriction alimentaire.

Diagnostic différentiel : pour pouvoir poser le diagnostic d'anorexie mentale il faut avoir éliminé toute autre cause possible d'amaigrissement et d'aménorrhée: la tuberculose, le SIDA, les hémopathies ; les tumeurs cérébrales; la maladie de Crohn, les colites inflammatoires, la maladie d'Addison, l'hyperthyroïdie, l'insuffisance hypophysaire et le diabète. Et exclure toutes les pathologies psychiatriques induisant une conduite anorectique, telles que : la schizophrénie, la mélancolie avec idées délirantes, l'hypochondrie, la phobie alimentaire et de déglutition.

2) La boulimie

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie avec ces caractéristiques:
- Absorption, dans un temps limité (moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusifs de laxatifs ; diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés et récurrents surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Le type doit être spécifié (avec ou sans vomissements et prises de purgatifs).

Diagnostic différentiel : Pour poser le diagnostic de boulimie il faut avoir éliminé les causes d'hyperphagie secondaire d'origine organique telles que l'épilepsie partielle, une tumeur cérébrale de type frontale, une maladie de Cushing, une hyperthyroïdie, un syndrome démentiel, un syndrome de Klein-Levin, mais aussi les hyperphagies dues à des maladies psychiatriques telles la schizophrénie, les états maniaques ou encore l'autisme. Les fringales, grignotages et hyperphagie du sujet obèse sont aussi à écarter.

3) les troubles alimentaires non spécifiés

- A. Présence de tous les signes d'anorexie mentale, à l'exception de l'aménorrhée.
- B. Présence de tous les signes cliniques d'anorexie mentale, mais, malgré une perte de poids, celui-ci reste dans la norme.
- C. Présence de tous les signes cliniques de la boulimie, à l'exception du nombre requis d'accès boulimiques ou de moyens compensatoires inappropriés.
- D. Episodes récurrents de frénésies alimentaires en l'absence de comportements compensatoires réguliers (Binge Eating Disorder).
- E. Comportements compensatoires réguliers suite à l'ingestion de petites quantités de nourriture.
- F. Tendance à ruminer et recracher de grandes quantités de nourriture.

IV) Repérage, moyens d'évaluation et de dépistage.

1) Les recommandations de la HAS

Selon les recommandations de 2010 de bonne pratique de la HAS à destination des professionnels de santé, le repérage des TCA doit être « précoce et ciblé pour prévenir du risque d'évolution vers une forme chronique et des complications, somatiques, psychosociales et psychiatriques en fournissant des informations sur les troubles et leurs conséquences et en

facilitant l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec la patiente et sa famille ». Ce repérage doit être ciblé sur les populations à risque comme les adolescentes, les mannequins, les danseurs et sportifs où règne performance et perfectionnisme et où le poids est surveillé, et les sujets atteints d'une pathologie demandant un régime comme le diabète de type I ou l'hypercholestérolémie familiale.

2) Les moyens d'évaluation et de dépistage.

Les modalités du repérage ciblées consistent à poser une ou deux questions sur l'existence d'un TCA telle que : « avez-vous ou avez-vous eu des problèmes avec votre poids ou votre alimentation ? », ou, utiliser le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire) où deux réponses positives seront fortement prédictives d'un TCA : « Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?; Pensez-vous être gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? ». D'autres questionnaires sont également utilisables et permettent eux, de poser le diagnostic d'anorexie ou boulimie. Les trois principaux compatibles avec les critères du DSM sont : le **DIS** (Diagnostic Interview Schedule) ; le **CIDI** (Composite International Diagnostic Interview); le **SCAN** (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry). Il existe également des auto-questionnaires comme l'**EAT** (Eating Attitude Test) et le **BULIT** (Bulimia Test) et le **Q-EDD** (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis), de Mintz et *al* permettant un diagnostic plus nuancé et une évaluation des formes partielles. Il faut également mettre en place un suivi des courbes en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour voir si elles montrent une cassure et calculer aussi l'IMC.

V) Focus sur l'anorexie mentale.

Il s'agit ici de s'intéresser plus particulièrement à la problématique de l'anorexie mentale faisant l'objet de ce mémoire.

1) Etiopathogénie: un consensus sur l'origine multifactorielle du trouble.

L'origine multifactorielle de l'anorexie est largement reconnue. L'interaction entre des facteurs individuels, sociétaux et familiaux participe au déclenchement, au maintien et à

l'aggravation du trouble. Leur abord permet de mieux comprendre la problématique de ce trouble et d'axer de façon adaptée sa prise en charge.

a) les principaux facteurs individuels de vulnérabilité:

Anomalies neurobiologiques et facteur génétique : Il y aurait chez ces sujets un dérèglement du système sérotonnergique impliqué dans la régulation de l'appétit, l'humeur, la sexualité et le contrôle des impulsions. Celui-ci résulterait de particularités génétiques ou de l'impact biologique d'évènements de vie traumatisants. Le rôle des facteurs génétiques a aussi été mis en évidence par les études sur les jumeaux monozygotes où dans 56% des cas quand l'un des jumeaux est atteint, l'autre l'est aussi (Holland et *al.*, 1984,1988). De plus, la fréquence d'anorexie mentale serait onze fois supérieur chez les apparentés au premier degré de femmes anorexiques que chez les sujets témoins (Strober et *al.*, 2000).

Les troubles de l'attachement : L'attachement représente un facteur de risque dans l'apparition des troubles des conduites alimentaires. La grande majorité des travaux récents révèlent une incidence élevée de l'attachement insécuré chez les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires. Les patientes anorexiques appartiennent le plus souvent à la catégorie d'attachement insécuré «évitant ou détaché » (Candelori et Ciocca, 1998).

Les traumatismes de l'enfance : Le rôle des évènements traumatisants, notamment le vécu d'abus sexuels pendant l'enfance a été évoqué, comme étant un facteur de risque élevé d'apparition d'une psychopathologie dont l'anorexie mentale.

Les supposés mécanismes de cette augmentation de la psychopathologie sont une perturbation du sentiment d'identité (estime de soi, troubles identitaires et de l'image du corps) et une dysrégulation comportementale et thymique (Putnam et Trickett, 1993).

Le surpoids durant l'enfance : Fairburn et Brownell (2002) ont montré que le surpoids dans l'enfance est un facteur de risque de développement d'un TCA puisqu'il favorise l'insatisfaction corporelle.

Adolescence et puberté: L'adolescence, transition entre l'enfance et l'âge adulte marque la séparation avec la figure parentale et l'achèvement des processus identificatoires pour accéder à l'autonomie. Pour l'adolescente, la perte de repères évidente face aux transformations psychiques et corporelles conduit à une vulnérabilité narcissique. Sur le plan psychique, pour les membres du réseau « Dépendances » de l'INSERM, les troubles du comportement

alimentaire pourraient être considérés comme une réponse aux difficultés liées au remaniement pulsionnel causé par l'adolescence (voir Jeammet et Flament, 2000) et notamment le conflit œdipien. Aussi, l'adolescente est déstabilisée d'être à la fois dans une relation de dépendance à la figure parentale et une volonté de séparation-individuation. Sur le plan physique, le corps change et la psyché n'y est pas préparée. Strober (1997), montre que la puberté est une crise majeure chez des jeunes filles ayant déjà tendance à douter d'elle, voulant une vie ordonnée et présentant une intolérance aux vécus émotionnels perturbants. Le conflit chez l'anorexique situé au niveau du corps soulignerait alors l'impossibilité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles pubertaires.

Facteurs émotionnels et personnalité: On constate la présence de traits perfectionnistes (attentes irréalistes, anxiété de performance...) mais également de traits obsessionnels (rituels de vérification, doute, volonté d'exactitude). Le narcissisme (préoccupation pathologique sur son apparence physique ainsi que le besoin qu'elle soit validée par autrui), est très présent chez les anorexiques et s'accompagne d'une faible estime de soi. Ces traits présents initialement perdurent après la guérison. Des recherches ont aussi montrées le lien entre TCA et prédisposition à l'émotivité, l'anxiété et la dépression.

b) Les facteurs socioculturels de vulnérabilité:

L'image de la femme dans la société : Les pays occidentaux, exercent une forte pression sociale portée par les médias autour du culte de la minceur, de la perfection corporelle, de la performance et de la réussite.

Les femmes se soumettent à l'appel de la minceur sous la promesse médiatique qu'elle garantit bonheur, santé, désirabilité, réussite professionnelle, reconnaissance sociale et une meilleure estime de soi. Mais en se comparant à un idéal féminin les femmes développent une grande insatisfaction corporelle propice à l'apparition de perturbations alimentaires. La minceur dans nos sociétés devient alors un élément de l'identité féminine. A cela s'ajoute une confusion du rôle sociétal de la femme. D'un côté l'on exige d'elles d'être des mères nourricières veillant au bien être du foyer et d'un autre côté d'être des travailleuses actives. Cette image contradictoire peut être génératrice de stress. On comprendrait alors la peur d'endosser le statut de femme chez des adolescentes vulnérables qui ne se sentent pas à la hauteur des exigences sociétales pesant sur elles.

La perte de repères alimentaires : Nous évoluons dans une société d'abondance et d'accessibilité alimentaire. L'abondance provoque à la fois une liberté et une insécurité chez

l'individu. Le consommateur moderne à la fois assailli de nombreuses tentations et d'avertissements diététiques est perdu, livré à lui-même. Cette société pousse l'individu à confondre ce qui relève de ses besoins et de ses désirs, et favorise une perturbation du rapport de l'individu à la nourriture (Fischler, 1979).

c) Les facteurs familiaux de vulnérabilité:

Bien qu'il ne soit pas bon d'enfermer les familles de jeunes filles anorexiques dans un stéréotype comme en témoigne une étude française (Cook-Darzens et *al.*, 2005) portant sur quarante familles d'anorexiques reflétant une diversité de fonctionnement, on peut cependant dégager certains traits caractéristiques. Les différentes littératures soulignent qu'une famille à risque de voir émerger un trouble alimentaire, est une famille survalorisant la réussite professionnelle, favorisant la compétition, les performances sportives et le perfectionnisme. Mais également des parents qui consacrent leur temps et énergie aux activités de leurs enfants et qui sont plus vigilants sur la santé que la moyenne, favorisant les aliments allégés ; les régimes, accordant de l'importance à l'apparence, et qui sont dans une trop grande proximité vis-à-vis de leurs enfants. Enfin des parents qui refusent les conflits et les évitent conduisant alors l'enfant à ressentir les tensions non résolues, les non-dits concernant les souffrances familiales et les évènements traumatiques. (Munchin et *al.*, 1978 ; Selvini-Pazzoli et Viaro, 1988).

d) Les facteurs précipitant :

Le début du trouble est souvent réactionnel à un évènement stressant, signant une séparation tel qu'un éloignement du milieu familial, un changement scolaire, une perte affective, un deuil ou peut être aussi engendré par un début de régime, des remarques de l'entourage sur le poids ou le corps pubère ; une atteinte à la pudeur donnant une image honteuse et répugnante de la sexualité.

2) Les principaux modèles de compréhension du trouble

Différentes théories considérant la dimension psychologique du trouble ont été développées. Elles permettent d'enrichir la conception du trouble et d'améliorer sa prise en charge. Cependant une théorie à elle seule ne saurait rendre compte de l'apparition de la pathologie.

Theories	Pensées associées
Psychosomatique	Ici, le corps est perçu comme lieu de décharges pulsionnelles désorganisées et constitue l'ultime protection face à l'effondrement psychique. (Delay, 1949 ; Corcos, 2000).
Systémique	Ici, le système familial dysfonctionnant serait à l'origine du trouble et de son maintien. Le trouble alimentaire peut avoir plusieurs fonctions au sein de cet équilibre familial précaire : il serait une façon de fixer l'attention du groupe familial sur la maladie plutôt que sur le problème fondamental qui génère les tensions. (Selvini, 1974 ; Caille, 1978).
Psychanalytique	Ici le TCA est en lien avec le processus d'adolescence marquant l'autonomisation et l'affirmation d'une identité intégrant une dimension sexuée. Dans le cas de l'anorexie mentale, ces deux dimensions sont perturbées. L'adolescente, pour fuir ce corps sexué mettant en place des mécanismes de défense comme la régression, la répression pulsionnelle, et le déplacement des conflits de dépendance et sexuels sur la nourriture. (Kestemberg et Decobert, 1972 ; Brusset, 1977 ; Jeammet, 2011).
Développementale	Là, l'anorexie mentale est envisagée comme une perturbation des perceptions intéroceptives due à un manque d'apprentissage durant les interactions précoces mère/enfant où les besoins de chacun au sein de cette dyade se sont confondus. (Bruch, 1977).
Cognitivo-comportementale	Ici, le TCA est dû à une conduite apprise et maintenue en raison de renforcements du milieu extérieur (admiration, félicitations, attention de l'entourage) et elle souligne aussi chez ces sujets le rôle joué par les pensées dysfonctionnelles de type dichotomiques, de sur-généralisation et d'exagération dans l'apparition et le maintien du trouble. (Troop et coll., 1997 ; Fairburn et coll. 1998).
Théories de l'addiction	Ici le TCA est perçu telle une addiction en raison de leurs caractéristiques communes comportementales, neurobiologiques et pré morbides. Le comportement dans le TCA apparait compulsif (restriction, exercice physique...) malgré son impact négatif sur le fonctionnement global du sujet ; l'augmentation des conduites pour avoir le même effet renforçateur ; le besoin irrépressible de réaliser le comportement pouvant perdurer même après une longue abstinence. Au niveau biologique, l'activité physique intense et le jeûne activent le système dopaminergique de récompense et auto entretien le comportement. Quant aux caractéristiques pré-morbides, on retrouve la présence de symptômes anxieux, dépressifs, un déficit dans la reconnaissance et l'interprétation de stimuli externes, la recherche de sensation, et une sensibilité à la récompense, la punition et une mésestime de soi. (Venisse, 1991 ; Corcos, 2000 ; Von Ranson, 2002).

3) Comorbidités

Fréquentes, elles peuvent être présentes initialement ou apparaître au cours de l'évolution du trouble. Les principales pathologies comorbides sont les troubles thymiques avec une prévalence vie entière de 60 à 80%, une toxicomanie dans 12 à 18% des cas selon l'APA (2000), des troubles anxieux avec une prévalence vie entière comprise entre 56,4 et 88% où l'on retrouve un TOC (prévalence vie entière entre 19,5 et 62%), une phobie sociale (prévalence vie entière entre 17 et 64%), une anxiété de séparation (prévalence vie entière de 14 à 30%).

4) Symptomatologie fréquemment associée à l'anorexie mentale

a) Les distorsions cognitives.

Les distorsions cognitives, correspondent à des croyances dysfonctionnelles, des pensées inopérantes et concernent dans l'anorexie mentale principalement l'alimentation et l'apparence corporelle. Elles sont nombreuses et vont donner lieu à des comportements inadaptés. Citons entre autre la pensée magique selon laquelle ingérer un aliment c'est incorporer tout ou partie de ses propriétés (Fischler, 2001). Aussi seuls les aliments jugés bons par le sujet seront ingérés. Beaucoup de croyances dysfonctionnelles sont ciblées sur le corps (focalisation sur des parties du corps), les émotions, les comportements vis-à-vis de la nourriture. Par exemple « restreindre ma nourriture m'aide à contrôler mes pensées et sentiments négatifs », « si je mange des gâteaux, je ne pourrai plus m'arrêter » ou encore : « si je suis trop grosse les gens vont me trouver ridicule ou m'humilier » ; cette dernière pensée peut conduire à des comportements d'évitement des situations soumettant le corps au regard d'autrui (piscine, plage).

b) Déficit des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont des fonctions intégratrices regroupant l'ensemble des processus cognitifs, nécessaires pour accomplir une tâche complexe soit : l'attention, la planification, la flexibilité mentale, l'inhibition d'informations non pertinentes, la résolution de problèmes, l'anticipation.

Il apparaît d'un point de vue clinique que les sujets souffrant d'une anorexie mentale montrent un déficit des fonctions exécutives et notamment de la flexibilité mentale (Cooper et Fairburn, 1992 ; Tchanturia et *al.*, 2004). D'ailleurs plusieurs études montrent (Steinglass et *al.*, 2006 ;

Fassino et *al.*, 2002) que les femmes avec une anorexie mentale ont un déficit en flexibilité cognitive comparativement aux sujets du groupe contrôle. Des déficits neuropsychologiques dans la zone corticale préfrontale ont été mis en évidence chez ces sujets et semblent d'ailleurs faire écho à leur comportement et personnalité (perfectionnisme et rigidité) si caractéristique (Tchanturia et *al.*, 2004). Pour ces sujets, l'adaptation face à la nouveauté tel qu'un changement de mode de vie paraît impossible (Brambilla, 2001). Il semble également, y avoir un déficit au test de construction visuo-spatiale, ainsi que pour la résolution de problème et la planification (Szmukler et *al.*, 1992). Il paraîtrait aussi que le déficit de construction visuo-spatiale influe sur la perception de la forme corporelle (Tompson et Spana, 1991). Il a été suggéré que dans l'anorexie mentale ce n'est pas la perception de la forme du corps qui est altérée mais plus l'interprétation et le jugement explicite de celle-ci qui diffère par rapport aux sujets contrôle de poids normal.

Il faut cependant préciser que si une dépression est associée à l'anorexie mentale, la dépression en elle-même va entraîner un déficit des fonctions exécutives, à l'inverse la présence d'un perfectionnisme marqué améliore les performances du sujet.

Enfin les résultats de plusieurs études révèlent que les patientes anorexiques ont de moins bons résultats sur une série de tâches cognitives mesurant les fonctions exécutives. Cependant aucun consensus n'émerge sur la question du sous mécanisme problématique des fonctions exécutives dans l'anorexie mentale.

c) La Ritualisation

Dans l'anorexie mentale, les rituels s'organisent autour de l'alimentation : comportements de tri, de pesée, de calcul des calories, de découpage des aliments. D'autres comportements de nettoyage ou de rangement consolident l'apparence d'un trouble obsessionnel compulsif et seraient secondaires à la restriction alimentaire comme le montre une expérience Américaine où un régime restrictif imposé à des hommes et femmes tout venant, entraînait des pensées alimentaires obsédantes, des pulsions boulimiques et une ritualisation comportementale (horaires de repas fixes, aliments rangés rigoureusement) venant alors entraver leur fonctionnement quotidien.

d) L'hyper investissement scolaire

La performance scolaire est recherchée, sans qu'il n'y ait de réel plaisir dans le travail. Les sujets anorexiques excellent dans les matières de savoir mais pas dans celles demandant créativité et imagination. L'investissement scolaire et les bons résultats obtenus rassurent et

lient parents et adolescente dans une satisfaction réciproque. Mais cette attitude studieuse est un prétexte fréquent à l'isolement social. Les activités ludiques entre amis(es) sont délaissées sauf si elles nécessitent une dépense physique.

e) L'hyperactivité physique

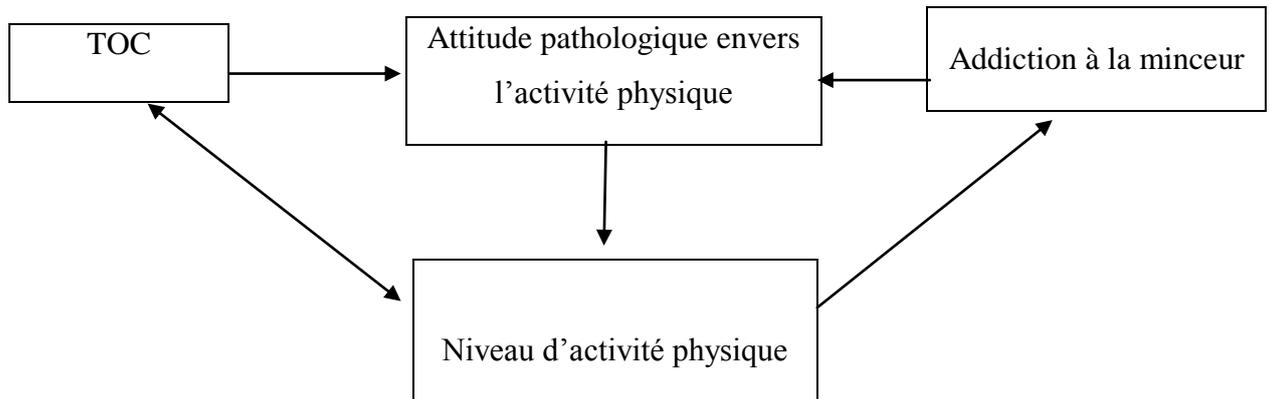
Elle est souvent associée à l'anorexie mentale. Elle n'est pas la même que celle retrouvée dans le TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité) car elle est volontaire et a pour but de perdre du poids. Elle correspond à une activité motrice excessive soit 6 heures par semaine selon le consensus. Différentes situations la révèle comme un état nutritionnel non adapté à l'activité produite et si l'hyperactivité physique à un impact sur l'environnement social, familial et professionnel du sujet. Elle est évidente quand elle entraîne une fatigue chronique et si elle est réalisée dans l'unique but de perdre du poids ou d'avoir un sentiment d'autosatisfaction.

L'hyperactivité physique se traduit par une activité incessante, une agitation (rester debout le plus possible, marcher, gainage corporel, pratique d'un sport sans plaisir) et si le repos est contraint, apparaissent alors une irritabilité et une anxiété chez le sujet.

Davis et ses collaborateurs (1995) ont tenté d'expliquer le lien entre hyperactivité et anorexie et y voient une forme particulière de TOC. Divers éléments soutiennent cette hypothèse : tendance au perfectionnisme, rigidité comportementale, contrôle des impulsions. De plus, dans l'anorexie mentale l'hyperactivité est souvent ritualisée, elle échappe au contrôle du sujet et relève de l'obsession/compulsion. Par ailleurs, il y aurait dans ces deux pathologies, une perturbation de la fonction sérotoninergique.

Davis et *al* envisagent la relation entre TOC et hyperactivité chez les patientes anorexiques comparées à des femmes saines pratiquant une activité physique régulière. Les résultats montrent que les sujets anorexiques ont des scores plus élevés à la sous échelle compulsion/obsession du SCL-90-R, de plus grandes préoccupations pour leur poids et que l'intensité des TOC, des préoccupations pondérales et du comportement pathologique envers l'exercice est lié à l'intensité de celui-ci. Ces constats ont menés à un modèle interactif dynamique, suggérant que les préoccupations pondérales excessives combinées à des tendances obsessionnelles sont susceptibles d'augmenter la fréquence de la durée de l'activité physique et d'exacerber l'aspect obligatoire d'un tel comportement :

Modèle intégratif de l'anorexie mentale basé sur les interrelations entre privation, activité physique et TOC.



f) L'hypertonie.

L'hypertonie dans l'anorexie mentale n'est pas liée à une atteinte neurologique et peut prendre deux aspects. Un aspect conscient d'une part, car le sujet va contracter ses muscles volontairement prenant la forme d'un gainage dans le but de brûler le plus de calories pour perdre du poids. Dans ce cas précis l'hypertonie est à mettre en lien avec l'hyperactivité. Un aspect non conscient d'autre part quand l'hypertonie est liée aux émotions que le rapport à l'autre induit, c'est ce que Julian De Ajuriaguerra nomme « la cuirasse tonique ».

g) Trouble de la conscience émotionnelle et Alexithymie

Le concept d'alexithymie vient du psychiatre psychanalyste Sifneos (1973) suite à l'observation de sujets avec des troubles psychosomatiques et se traduisant chez eux par : une difficulté à identifier, verbaliser et décrire leurs émotions, à les distinguer des sensations physiques qui les accompagnent, un imaginaire pauvre (pauvreté du rêve et de la vie fantasmatique) et des pensées concrètes, tournées vers l'extérieur et peu introspectives (descriptions très détaillée de faits, de symptômes physiques ayant engendrés des émotions mais non exprimées). L'alexithymie est retrouvée dans 56 à 77% des cas chez les patientes anorexiques (Sauvignac, 2003). Les sujets alexithymiques présentent également une certaine impulsivité, un évitement de la gestion des conflits et réagissent par des actes face à un conflit interne. Leurs relations interpersonnelles quant à elles, sont paradoxalement marquées par une dépendance notable masquée par un détachement ou alors une volonté de solitude. Leur fonctionnement émotionnel et psychique peut prendre parfois l'aspect d'une rigidité comportementale et d'une absence de praxies faciales. Smith et *al.*, (1997), ont mis en

évidence chez les sujets anorexiques une forte propension à employer des stratégies d'évitement de l'empathie autre que l'utilisation d'un vocabulaire émotionnel pauvre. Pour eux, ces sujets ne peuvent utiliser correctement un équipement verbal pourtant bon, pour décrire leurs émotions ce qui témoigne d'une incapacité de compréhension émotionnelle. Quant à Kucharscha-Pietura et *al.*, (2004), ils ont pu observer que les femmes souffrant d'une anorexie mentale se trouvent en difficulté quand il s'agit de reconnaître les expressions faciales des émotions et plus particulièrement celles négatives.

h) La question du schéma corporel et de l'image du corps

Le corps est en premier lieu un outil d'action sur le monde. Cette interaction du sujet avec le milieu environnant passe par l'élaboration de mouvements intentionnels présumant de posséder et d'actualiser des informations concernant à la fois le corps en lui-même, l'environnement et l'interaction du sujet avec son environnement afin qu'ils atteignent le but fixé. Ce référentiel repose en partie sur l'intégration d'informations sensorielles provenant de différentes modalités (auditives, visuelles, proprioceptives).

Cependant, le corps est aussi à l'origine d'une ou plusieurs représentations allant de la perception de l'aspect physique (satisfaction face à son apparence corporelle) à celles des différentes parties qui le composent.

Dans ce double aspect, sont caractérisés :

- **Le schéma corporel** : Sur le plan neuroanatomique le schéma corporel est caractérisé selon le modèle action/perception de la vision par la voie dorsale-ventrale correspondant à la voie du « où ? » (Cortex occipital et pariétal) ayant un rôle plus global sur le plan spatial et impliqué dans plusieurs fonctions perceptivo-motrices. Cette voie renvoie donc au système de localisation qui est un ensemble de représentations pour l'action (où sont mes membres ? où est la cible ?), mais fait aussi appel à la question du « comment ? » correspondant à la voie dorsale-dorsale dédiée principalement à la préparation des actions motrices (Comment utiliser mon corps pour atteindre le but fixé ? Comment atteindre un point de mon corps ?). Cette question induit l'intégration d'informations sur la posture du corps ainsi que des données spatiales sur les différentes parties du corps déterminant ce que l'on nomme le référentiel égocentrique. (Creem et Proffitt, 2001 ; Rizzolatti et Sinigaglia, 2008). Aussi le schéma corporel est constitué à partir de l'intégration des informations sensorimotrices (visuelles, proprioceptives, labyrinthiques, posturales et motrices ...) nécessaires à l'action. Le schéma

corporel est donc recruté dans l'action. Inconscient par nature, il est permanent et évolutif au travers les expériences sensori-motrices et perceptivo-motrices.

Les très rares études traitant d'une possible altération du schéma corporel dans l'anorexie mentale, ont montrée à partir d'imageries cérébrales, une réduction de la matière grise dans le gyrus temporal supérieur non imputable à la maigreur extrême. La partie postérieure du gyrus temporal supérieur est impliquée dans le traitement du mouvement biologique. Une réduction de la matière grise à ce niveau pourrait se traduire par un déficit du traitement neuronal du corps en action.

Des schémas corporels ?

Corraze (2009), distingue dans le schéma corporel: le référentiel égocentrique et l'espace corporel. Il caractérise l'espace corporel comme l'espace sur lequel le sujet localise des points de son propre corps qu'il est capable d'atteindre et cette localisation peut se faire à différents niveaux : réflex, perceptif et perceptivo-symbolique.

Le référentiel égocentrique quant à lui va permettre de localiser des points de l'espace extérieur et du corps propre, de s'orienter, et d'effectuer un mouvement d'un point à un autre de l'espace sans le recours à la vue.

D'autres auteurs (Stein, 1991 ; Cardinali et *al.*, 2009) ont développé cette notion d'espace corporel et distinguent dans ce qu'ils nomment « l'espace péri-personnel » : un espace extra-personnel fondé sur les informations visuelles et auditives provenant de l'environnement éloigné, un espace d'atteinte ou péri-personnel, constituante de cet espace extra-personnel qui à pour rayon la distance à laquelle un objet peut être atteint sans que le tronc soit mobilisé. Et enfin un espace personnel correspondant au corps propre dont la représentation s'organise en grande partie à partir des informations tactiles et proprioceptives couplées à la participation des entrées visuelles.

- **L'image du corps :** D'un point de vue neuroanatomique le concept d'image du corps a lui aussi été caractérisée suite à l'identification selon le modèle action/perception de la vision, de la voie du « quoi ? ». Cette voie emprunte la voie ventrale (cortex occipital et temporal inférieur), qui est dédié à la reconnaissance des formes, nécessaire à la perception des stimuli (Schneider, 1969 ; Ungerleider et Miskin, 1982). Aussi l'image du corps permet l'identification et la reconnaissance du corps (quel corps suis-je ?, quels sont les particularismes de mon corps?). Elle englobe les attitudes et perceptions envers son propre

corps qui s'expriment par des convictions, des pensées, des sentiments et des comportements (Cash, 2004). Il s'agit d'une construction composite qui comprend les jugements sur le degré de satisfaction ou d'insatisfaction de l'image du corps mais également un investissement de cette image du corps qui aura des répercussions cognitives, comportementales et affectives. Elle se veut consciente et soumise à l'influence de facteurs socioculturels, biologiques et psychologiques.

Pour Thompson (1990) la construction de l'image du corps se fait à partir de trois éléments :

L'aspect perceptif : Il correspond à la précision avec laquelle la taille des différents segments corporels ou du corps dans sa globalité est perçue. Son altération conduit à une surestimation des dimensions corporelles ou à une sous-estimation par rapport à la réalité.

Dans l'anorexie mentale, l'aspect perceptif de l'image du corps est altéré, et se traduit par le fait de se sentir « gros » ou que certaines parties du corps ressortent de façon excessive, notamment pour les hanches, les cuisses et le ventre malgré un poids et une silhouette normale : C'est la dysmorphophobie. Pour beaucoup d'auteurs, les caractéristiques de la dysmorphophobie sont si proches du trouble obsessionnel compulsif qu'elle a été caractérisée comme une sous-catégorie du TOC à la seule différence que les obsessions et compulsions qui la caractérisent sont très liées à l'apparence.

L'aspect subjectif (cognitif et affectif) : Il correspond aux sentiments, attitudes, cognitions et évaluations qu'éveillent le corps mais surtout le poids, la taille corporelle, les parties du corps ou autres aspects de l'apparence physique (satisfaction, préoccupation, anxiété). Dans l'anorexie mentale, les sujets vont focaliser et avoir des préoccupations excessives sur certaines parties de leur corps jugées trop grosses et croient que leur corps est désagréable à regarder ; qu'autrui ne voit que ses imperfections et que les personnes en surpoids sont faibles, sans volonté, et ne peuvent pas être aimées. Aussi, leur amour et valeur propre ne sont vus qu'au travers ce prisme, la valeur d'une personne se résumant à un poids corporel ou à une silhouette.

L'aspect comportemental : Il correspond aux comportements que la perception du corps et les sentiments qui s'y rattachent provoquent (conduites d'exhibitions, d'évitement des situations exposant le corps aux regards...). Apparaissent alors de nombreux comportements d'évitement actifs ou passifs d'endroits ou situations anxiogènes, de dissimulations de parties du corps, de rituels compulsifs comme se peser plusieurs fois par jour ou changer de vêtements constamment.

* *Les sujets anorexiques ont une image de leur corps incertaine, instable et négative. Il est donc important de la considérer dans la prise en charge car si elle ne change pas il y a un risque important de rechute. L'image corporelle est alors considérée comme étant le précurseur le plus immuable d'amélioration et de rechute de l'anorexie mentale.*

Des images du corps ?

Pour Corraze (2009) l'image du corps couvre plusieurs aspects : la perception immédiate du corps en temps que forme qui, ne peut alors être que partielle car on ne peut avoir une perception globale et simultanée de notre corps, l'image spéculaire du corps telle qu'elle est reflétée dans le miroir, le corps propre construit correspondant à l'autoportrait dans les Arts et au dessin du bonhomme dans la clinique et enfin l'image du corps valorisée d'un point de vue culturel et sentiment d'insatisfaction qui en découlent. Alors que pour Schwoebel et Coslett,(2005), l'image du corps peut être scindée en une représentation visuo-spatiale d'une part, qui correspondrait à une carte topologique du corps fondée sur les entrées visuelles permettant d'apprécier les limites des parties du corps ainsi que leurs relations de proximité ; en une représentation sémantique d'autre part correspondant à la connaissance des parties du corps, de leur fonction correspondante et les relations avec les objets.

Dichotomie entre le schéma corporel et l'image du corps ?

Bien que les concepts théoriques aient tenté de séparer ces deux notions dans le but de mieux les définir, comme nous avons pu le voir au travers du modèle perception/action de la vision, il faut souligner qu'en dehors de situations exceptionnelles ou pathologiques, il y a une interaction permanente entre ces deux types de représentation corporelle. La dichotomie entre perception et action ne reflète pas la réalité corporelle. Cette interaction est d'ailleurs illustrée par le paradigme de l'illusion de la main en caoutchouc reproduisant une situation de conflit entre les informations tactiles et visuelles (Botvinick et Cohen, 1998).

Dans le cas de l'anorexie mentale, la question de l'impact du trouble de l'image du corps sur le schéma corporel se pose : pourrait-il refléter un traitement anormal du corps en action ? Pour vérifier cette hypothèse une expérience écologique a été faite à partir d'une tâche d'action/anticipation sur 25 femmes anorexiques et 25 femmes du groupe contrôle d'une moyenne d'âge de 24 ans. Lors de cette tâche les sujets doivent se représenter leurs dimensions corporelles dans une simulation de l'action, en imaginant si oui ou non ils peuvent passer au travers différentes largeurs d'ouverture d'une porte sans tourner les épaules sur le

coté au cours d'une marche à vitesse normale. Il convient de noter que prédire les conséquences d'une action est une fonction cérébrale fondamentale pour l'optimisation des décisions motrices (Wolpert, Ghahrama et Jordan, 1995).

Les résultats de cette expérience montrent que l'anticipation du corps en action chez les sujets anorexiques est très perturbée. En effet les anorexiques testées pensent ne pas pouvoir passer au travers une ouverture même assez large, se comportant comme si leur corps était plus grand qu'en réalité. Ce constat est corrélé avec la durée de la maladie et le degré de préoccupation et d'insatisfaction corporelle. Ces résultats montrent que la surestimation de la taille corporelle dans l'anorexie mentale relève d'un déficit du traitement neuronal des mesures corporelles pouvant prendre sa source dans les réseaux pariétaux, jouant un rôle clé dans la simulation du corps en action (Sirigu et *al.*, 1996). Aussi, la surestimation corporelle retrouvée dans l'anorexie mentale pourrait être une croyance erronée due à des facteurs psychoaffectifs limités à l'esthétique et à l'aspect émotionnel de l'image du corps mais pourrait aussi renvoyer à un traitement neuronal anormal du soi incarné qui dérange la représentation du corps en action autrement dit le schéma corporel. L'explication des résultats obtenus à l'issue de cette expérience pourrait être que le schéma corporel modifié par une rapide perte de poids au début de la maladie n'a pas été mis à jour par le système nerveux central.

Cependant, la corrélation constatée avec la durée de la maladie suggère plutôt une aggravation continue dans le traitement neuronal de l'estimation du corps au cours du temps.

Ainsi, l'intrication fonctionnelle entre ces deux représentations du corps que sont le schéma corporel et l'image du corps sous tend que l'évaluation de leur intégrité respective est nécessaire.

** C'est en partie à partir des différents éléments théoriques relatifs à cette symptomatologie précédemment décrite que je me suis appuyée pour construire mon bilan psychomoteur.*

5) Conséquences du trouble sur le plan physique, psychologique, familial et social

a) Sur le plan physique

Le trouble a des conséquences délétères et les signes de complications somatiques dépendent de multiples facteurs (vitesse d'amaigrissement, chronicité association aux conduites boulimiques et purgatives même s'ils sont majoritairement réversibles par la renutrition.

Les signes généraux	amaigrissement, et hypothermie avec frilosité.
signes des vomissements induits	déchaussement des dents, hypertrophie parotidienne et « signe de Russell » : présence de dermabrasions sur le dos de la main au niveau des phalanges liée aux frottements répétés des dents lors des vomissements induits.
Les signes cardiovasculaires	hypotension ; bradycardie quasi constante suite à la fonte du myocarde. Ces dérèglements sont source de vertiges.
Les signes cutanés	acrocyanose froide des extrémités des membres ; peau sèche parfois squameuse recouverte d'un duvet pileux (laguno). Dans les cas de cachexie extrême peut apparaître un purpura d'origine vasculaire. Après quelques mois d'évolution, des ongles cassant et une chute des cheveux apparaît.
Les signes digestifs	constipation quasi constante et retard de la vidange gastrique source de ballonnements postprandiaux.
Signes hématologiques et immunologiques	anémie, baisse des défenses immunitaires facilitant les infections.
Anomalies endocriniennes	la GH est augmentée mobilisant alors les graisses, l'hormone de croissance très basse freine la croissance. La T3 thyroïdienne abaissée réduit les besoins caloriques, le cortisol augmenté maintient la néoglucogenèse et les hormones sexuelles effondrées conduit à une aménorrhée et une infertilité.
Les complications suite à l'amaigrissement extrême	arrêt cardiaque, insuffisance rénale, ostéoporose, baisse de l'attention et de la concentration lenteur psychomotrice. Atrophie cérébrale pour une perte de poids de 30% durant au moins 6 mois (voir Keys et al, 1950, cités par S.Lajeunesse et Foulon, 1994). Troubles métaboliques graves engageant le pronostic vital: l'hypokaliémie, l'hypophosphorémie, l'hypocalcémie, l'hypoglycémie et l'hypercholestérolémie ; en cela ils constituent une priorité thérapeutique.

b) Sur le plan psychologique

L'anorexique va présenter une rigidité comportementale, des ritualisations, ainsi que des complications psychiatriques (épisodes dépressifs, phobies, obsessions, baisse de l'estime de soi...). De plus, elle va être sous l'emprise d'attitudes paradoxales traduisant le conflit psychique : être dans la toute puissance pour lutter contre une dépendance à l'autre et risquer sa vie pour garder un sentiment d'existence se retrouvant alors piégé dans un système relationnel et une problématique psychologique dont l'issue semble impossible voire non souhaitée. En effet, les sujets souffrant d'anorexie mentale ont un déni de leur trouble car reconnaître la réalité est vécu comme une capitulation. Cet aveu impliquerait à la fois la légitimité des inquiétudes parentales et du milieu médical, du besoin des soins et de la reprise de poids qui serait insoutenable, impliquerait d'abandonner des défenses comportementales et prendre en compte les difficultés psychologiques jugées menaçantes. De ce déni découle l'opposition aux soins, problématique majeure de leur prise en charge.

c) Sur le plan familial et social

Le trouble impacte grandement sur la vie familiale. Si au début les inquiétudes des parents vont être apaisées par le discours rassurant de l'adolescente débordante d'énergie physique et intellectuelle, rapidement la vie familiale va s'organiser autour de la maladie. L'admiration parentale envers l'exemplarité de leur enfant laisse place aux négociations et conflits autour de l'assiette, à l'indifférence ou à la surveillance du poids et de l'alimentation, favorisant ainsi l'entretien du trouble. L'inquiétude et le sentiment d'impuissance parentale apparaît. C'est pourquoi il est primordial de considérer la dynamique relationnelle familiale afin de mieux cibler l'aide parentale à proposer.

Le trouble se répercute également sur la vie sociale de l'adolescente. Les restaurants sont prohibés et les activités de loisir délaissées au profit d'une activité physique solitaire et du travail scolaire. L'anorexique s'enferme alors progressivement dans l'isolement social.

- * *Aussi, au vu de la problématique complexe et des conséquences négatives de l'anorexie mentale sur le sujet lui-même et son environnement il est nécessaire qu'une prise en charge multimodale et pluridisciplinaire soit mise en place le plus précocement possible.*

SECONDE PARTIE : l'Anorexie Mentale : « qu'est ce qu'on fait ? »

D) Généralités sur le circuit de soins

Les recommandations de bonne pratique de la HAS (2010) visent notamment à améliorer l'accompagnement du patient et son entourage dans une recherche d'alliance thérapeutique de qualité (souvent difficile face au déni du trouble). Elles soulignent également la nécessité d'améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients ainsi que le suivi hospitalier et post-hospitalier.

1) Des parcours différents selon la problématique individuelle

a) L'entrée dans le circuit de soins

Le premier stade va être celui de la consultation avec le médecin généraliste à la demande parentale généralement car l'adolescente s'enferme dans le déni du trouble. C'est donc au terme de cette consultation où le diagnostic est souvent posé que le médecin va aider la patiente à prendre conscience du retentissement global de sa conduite, lui préciser les modalités de prise en charge adaptées à sa problématique et à celle de la famille. De là plusieurs possibilités apparaissent selon l'état physique et psychologique de la patiente :

-Soit elle bénéficiera d'un suivi en ambulatoire (psychologue, psychomotricien, médecin) préconisé en première intention pour ne pas l'isoler de son environnement scolaire et social. Dans ce cas, lors de chaque consultation chez le médecin, sera réalisée une mesure de ses variables physiologiques. Le médecin va également avertir la patiente qu'une hospitalisation sera envisagée si elle continue à perdre du poids sachant que pour maintenir le suivi en ambulatoire l'IMC ne doit pas atteindre le seuil dangereux de 14.

-Soit une indication d'hospitalisation s'imposera au vue de la perte de poids rapide et continue de la patiente malgré ses promesses d'efforts.

b) L'hospitalisation à temps plein

L'indication de l'hospitalisation s'impose quand il y a un état d'urgence vitale somatique, ou psychique (risque suicidaire), d'épuisement ou de crise familiale, avant que le risque vital ne soit engagé ou en cas d'échec des soins en ambulatoire. Cette hospitalisation décidée au cas par cas se base sur des critères médicaux, comportementaux, psychiatriques et

environnementaux en prenant toujours en compte le patient, sa famille et les structures de soins disponibles.

En cas d'urgence somatique, la prise en charge de la patiente sera assurée soit dans un service de réanimation médicale, soit dans un service de médecine spécialisé de préférence en nutrition clinique ou dans un service de pédiatrie. Il s'avère nécessaire ensuite d'organiser le relais vers une équipe spécialisée en ambulatoire ou en hospitalisation selon les cas.

En cas d'urgence psychiatrique associée à l'anorexie mentale, l'hospitalisation en service de psychiatrie pour enfant et adolescents s'impose car l'équipe pourra mettre en place les soins adaptés et évaluera dans un deuxième temps la nécessité d'un projet de soins centré sur l'anorexie mentale dans un service spécialisé dans les TCA représentant le lieu d'hospitalisation prioritaire. Dans les deux types d'indications un contrat de poids est mis en place.

- **Le contrat d'hospitalisation et modalités de soins dans le cadre d'un service de psychiatrie :**

Dès l'entrée en hospitalisation un bilan complet est réalisé par l'équipe. Un contrat de poids peut être mis en place, discuté avec la patiente et sa famille et il déterminera le poids à atteindre pour sortir. Certaines équipes proposent un temps de séparation au début de l'hospitalisation entre la patiente et son milieu de vie habituel associé à un travail d'accompagnement thérapeutique des parents mais dans ce contexte, la patiente ne doit pas être isolée, être dans une dynamique d'interactions sociales nombreuses et recevoir des nouvelles de sa famille par le biais de l'équipe soignante. Cette séparation n'a pas pour but de briser les liens affectifs familiaux mais créer à un contexte favorisant l'évolution du fonctionnement psychique. Dans ce type de contexte, la première partie de l'hospitalisation oblige la patiente à faire face à la séparation, à entamer une prise de poids et à construire les relations dans le service.

Le deuxième temps de l'hospitalisation est marqué par un gain de poids qui va permettre une reprise progressive du contact avec le milieu extérieur (sorties, visites le week-end...).

La patiente va pouvoir bénéficier au cours de son séjour, selon sa problématique d'une prise en charge et d'un suivi somatique, d'entretiens réguliers avec le psychiatre et l'équipe

soignante du service, d'une psychothérapie, de temps de scolarité avec l'enseignant référent du service et de nombreuses activités complémentaires sous la forme d'ateliers thérapeutiques (ateliers culturels) qui vont lui permettre une activité partagée et investie avec d'autres adolescents, l'élaboration de projets ludiques ou créatifs et d'exprimer ses émotions, pensées et envies. Un suivi éducatif est également mis en place dans les activités de la vie quotidienne en hospitalisation et dans les activités culturelles.

De plus, parallèlement, à une prise en charge psychologique individuelle, des thérapies de groupe sont souvent utilisées (groupe de paroles; à visée psycho-éducative...) quant aux groupes de parents ou de famille constitués, ils les aident à sortir de l'isolement, à prendre conscience de leurs attitudes envers la maladie et à réfléchir sur la problématique familiale. Des entretiens réguliers avec la famille viennent enfin compléter la prise en charge individuelle de la patiente.

Quand la patiente sera prête physiquement et psychiquement la sortie sera envisagée et la nature des soins à poursuivre sera définie car l'anorexie mentale demande une prise en charge à long terme de par les rechutes fréquentes. Mais la sortie ne s'envisage qu'avec un repère indispensable : le psychiatre référent ou le médecin (vu avant l'hospitalisation et revu avant la sortie) chargé de la surveillance du poids, des prescriptions médicamenteuses (rares), des entretiens individuels et familiaux réguliers. Ce qui va conforter le sentiment de continuité et atténuer le possible vécu d'abandon.

c) L'hôpital de jour

Etape possible du parcours de soin des patientes anorexiques en dehors de toute urgence vitale, il les prend en charge entre deux et quatre journées par semaine. Il renvoie à une étape initiale d'intensification des soins en ambulatoires ou peut être aussi une alternative à l'hospitalisation à temps plein ou la préparer ou encore une étape de diminution de l'intensité des soins après un séjour en hôpital à temps plein. Elle fournit un cadre de soins multidisciplinaire qui s'apparente à celui de l'hôpital à temps plein associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. Les soins promulgués doivent rassembler l'approche pluridisciplinaire.

II) Approche psychomotrice dans la prise en charge de l'anorexie mentale

1) Le temps de la rencontre patient/thérapeute

La première rencontre peut se faire soit dans le cadre d'un suivi en ambulatoire, d'une hospitalisation ou d'un CATTP. Elle peut être à l'origine parfois d'une demande de la patiente elle-même ou résulter d'une indication médicale. Les temps de rencontre ne sont pas les mêmes selon le lieu de soin. Dans le cadre d'une hospitalisation de jour et en consultation externe la séance est hebdomadaire et dure environ trois quart d'heure alors qu'en hospitalisation complète les séances sont d'une demi heure mais plus fréquentes (deux à quatre fois par semaine) et soulignent l'ajustement aux besoins de la patiente. Dans l'idéal, et souvent à la demande du médecin ou de l'équipe pluridisciplinaire un bilan psychomoteur est réalisé. Il s'avère nécessaire car il va permettre de dégager les axes de prise en charge et orienter le patient vers un soin adapté à ses besoins. Le bilan psychomoteur va également servir de support à l'alliance thérapeutique dans le sens où le sujet va pouvoir prendre conscience du type d'aide que le psychomotricien peut lui apporter, et pourrait amorcer une prise de conscience que le thérapeute n'est pas « contre mais avec ».

2) Légitimité de la prise en charge psychomotrice de l'anorexie mentale

Idéalement tous les patients anorexiques sont susceptibles d'être pris en charge en psychomotricité compte tenu de la problématique corps/psyché si présente. Le psychomotricien va pouvoir agir à différents niveaux :

Au niveau de l'image du corps : Les psychomotriciens, à leur demande se sont vu confier la responsabilité de contribuer aux soins de l'image du corps. Aussi, pour contourner cette problématique, il faut envisager la pratique psychomotrice sous l'angle de la prise de conscience du corps, alors véritable spécificité du psychomotricien qui requiert entre autre des connaissances en neuropsychologie et anatomie. Il s'agit ici de mettre le patient en situation de se (re) connecter à son corps et lui donner l'occasion de mettre des mots sur ses perceptions, émotions, voir ses représentations.

Dans ce contexte de mise en situation corporelle, le psychomotricien s'implique (lui aussi) corporellement et offre une écoute simple. Aussi sa place ne peut donc pas être celle du psychanalyste ou du psychologue car le psychomotricien favorise la connexion

corps/psychisme, accueil les perceptions corporelles réelles, imaginaires ou fantasmatiques et met le patient en situation de se confronter à sa problématique corporelle.

Au niveau de l'alexithymie : Ici le psychomotricien de par sa spécificité professionnelle, va proposer des situations cherchant la prise de conscience du corps au niveau sensoriel, affectif, relationnel. Il va faciliter l'identification des ressentis émotionnels et sa mise en mots.

Au niveau du tonus : Grâce à ces connaissances dans ce domaine, le psychomotricien va aider le patient à prendre conscience de son état tonique, à le modifier voire le réguler afin qu'il puisse d'une part accéder à une détente et avoir une motricité adaptée.

Au niveau de l'hyperactivité : Le psychomotricien, va au travers des médiations proposées au patient lui faire prendre conscience que son corps peut se mouvoir autrement que dans un rythme effréné, et l'aider à trouver les moyens de gérer l'anxiété due à la diminution voir l'arrêt temporaire de l'activité motrice.

Au niveau du schéma corporel : Le psychomotricien va aider le patient à nommer, situer, localiser son corps dans l'espace qui l'entoure. A acquérir un meilleur contrôle de son corps dans l'action par la prise d'informations sensorielles et sensorimotrices au travers les différentes mises en situations proposées.

Au niveau des fonctions exécutives : le psychomotricien grâce aux différents supports et outils dont il dispose va entre autre aider le patient à organiser son raisonnement, augmenter ses capacités attentionnels et mnésiques, gérer son impulsivité, planifier son action afin qu'il puisse fournir des réponses adaptés face à la nouveauté et aux contraintes environnementale.

D'un point de vue global, le psychomotricien, au sein d'une séance recherche à modifier ses différents aspects en utilisant des médiations et mises en situations bien connues. Aussi, refaire du lien dans une perception plus globale de soi, « ré-habiter » progressivement son corps, pouvoir s'octroyer un peu de détente ou du moins, moduler son hyperactivité, redécouvrir son corps sensible, acteur et en communication, retrouver les mots appropriés à ses ressentis sont différentes facettes abordées en psychomotricité auprès des patients anorexiques. Cependant, la généralisation est un autre problème et pour se faire, elle nécessite un travail d'équipe de longue haleine.

3) Quelles modalités de prise en charge ?

Le psychomotricien va pouvoir, dans le cadre de sa pratique, utiliser différentes pratiques corporelles amenant le patient à une meilleure perception de son corps. Parmi elles, le toucher thérapeutique relaxant aide à la détente et la prise de conscience du corps. Réalisés avec prudence (présence des vêtements) il peut se faire par l'intermédiaire d'une balle médiatisant le toucher qui sans cela serait trop intrusif. Il constitue une médiation de base dans la prise en charge des patients en hospitalisation complète, de jour ou en consultation. Mais pour ces deux derniers cas, les types de médiations proposées sont variés. Le psychomotricien peut réaliser des mobilisations passives, technique proche de la relaxation activo-passive de H.Wintrebert, elles permettent d'apporter une détente vivante dans le mouvement. D'autres techniques comme l'Eutonnie de G.Alexander ou la méthode de Moshé Feldenkreis peuvent être utilisées. La méthode de relaxation active comme celle de Jacobson et passive comme le training autogène de Schultz peuvent aussi être des outils thérapeutiques tout comme la sophrologie de Caycedo.

Mais ces méthodes demandent des aménagements face à la problématique et l'individualité des sujets anorexiques notamment pour le training autogène de Schultz où certaines inductions mentales sont à éviter comme demander au patient de ressentir la pesanteur de son corps !

La balnéothérapie s'intègre aussi dans les médiations à but relaxant mais c'est aussi un cadre de jeu où le sujet peut revivre des sensations perdues (flottaisons, légèreté) et expérimenter (parcours aquatiques, jeu d'immersion...)

Les jeux de rôle, de mimes et le théâtre entre autre, vont être des médiations facilitant l'expression. Le travail à partir de la sensorialité (toucher, odorat, ouïe...) est également intéressant car il va favoriser l'émergence de perceptions, émotions et leur verbalisation. On peut citer aussi les parcours créés par le patient et/ou le thérapeute à partir de différents supports, qui vont favoriser la créativité, l'expérience motrice et l'émergence de souvenirs sensoriels et leur mise en mot.

Dans ses multiples possibilités, la prise en charge psychomotrice peut non seulement être individuelle mais aussi groupale. L'intérêt d'un travail en groupe (relaxation, danse, atelier théâtre...) est qu'il va permettre au patient d'y trouver sa place de s'ouvrir aux autres, de tolérer de mieux en mieux le regard d'autrui et de tirer profit des expériences et vécu de chacun des membres du groupe réunit autour d'une même problématique.

TROISIEME PARTIE : Anorexie mentale à l'adolescence : « Proposition de création d'un bilan psychomoteur pour les adolescents(es) anorexiques et illustration clinique dans une unité d'hospitalisation Toulousaine. »

I) Point de départ de la construction du bilan psychomoteur : Le bilan de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi.

1) Le cadre du bilan.

Le bilan psychomoteur d'Odile G.H (2011) est le tout premier bilan psychomoteur récemment publié, destiné aux adolescents anorexiques, détaillé et enrichi de ses observations et interprétations. Elle est psychomotricienne au CHU Bellevue de St Etienne au sein de l'unité de soins médicalisée (USM-TCA). Cette unité accueille adolescents et préadolescents anorexiques et boulimiques et fonctionne à la fois comme un centre de consultation, un CATTP et un hôpital de jour auquel est rattachée une unité d'hospitalisation complète. L'USM-TCA et le service d'hospitalisation complète sont gérés par la même équipe médicale. Psychologues et psychomotriciens interviennent aussi sur les deux secteurs. Le bilan psychomoteur proposé est le fruit de nombreuses années d'expérience professionnelle auprès des sujets anorexiques.

Pour O.G.H, ce bilan va avoir plusieurs buts. Véritable préalable au soin, il va permettre lors de cette première rencontre patient/thérapeute d'étayer l'observation du psychomotricien sur la façon dont le patient perçoit et utilise son corps. Il va permettre également d'évaluer l'état psychique et physique du patient, ses capacités spatiales et temporelles, la structuration de son schéma corporel et enfin d'apprécier ses facultés d'expression et d'interaction spontanée ou dans une situation directive ainsi que la fluidité de ses mouvements dans une motricité dirigée et spontanée. Ainsi, la mise en évidence des difficultés présentées par le patient permet d'établir, un projet de soins personnalisé. Il existe cependant une contre indication à ce bilan, car il ne peut être administré que si l'état du sujet le permet. Notons que le parti pris d'O.G.H est de ne pas procéder à un entretien préalable à la passation du bilan car il est considéré comme un temps de parole suffisamment présent où l'histoire du patient et de sa souffrance resurgissent lors des premiers entretiens avec le médecin psychiatre, prescripteur qui a cette occasion présente au patient l'intérêt du bilan psychomoteur.

2) Composition générale du bilan d'Odile Gaucher-Hamoudi

Cette partie reprend la description complète du bilan pensé et réalisé par O.G.H ainsi que ses interprétations relatives à chaque item et mes remarques correspondantes sous la forme d'un tableau.

Son bilan se décline en cinq grands axes évalués :

- **I° Organisation temporelle**
- **II° Organisation spatiale**
- **III° Schéma corporel**
- **IV° Corps en communication**
- **V° Somatisations**
- **(Autres Observations)**

Ces axes sont constitués se plusieurs items cotés chacun de 0 à 3 :

0= mauvais/ 1= pas très bon/ 3= bon à très bon.

Cette cotation a pour but d'évaluer la performance du sujet afin de localiser ses difficultés et non d'obtenir une note globale permettant de comparer le sujet à la moyenne des individus de son âge. La note peut être évidemment complétée d'annotations issues d'observations. Le contenu des axes du bilan est le suivant :

AXE I : Organisation temporelle (3 items)

Items et consignes	Ce qui est évalué	Interprétations d'O.G.H	Mes remarques
Des questions préalables sont posées pour savoir comment le patient se débrouille avec le temps et comment il vit le temps qui passe.	Investissement du temps personnel et appréciation du degré d'hyperactivité	Informe sur le degré d'hyperactivité au travers le besoin de « remplir » les journées.	L'analyse de la réponse reste interprétative pour évaluer la présence d'une hyperactivité car l'on peut être très dynamique au quotidien sans être hyperactif.
<p>Items 1 : Narration chronologique de 4 activités quotidiennes</p> <p>Raconter un extrait de la journée au choix comportant une succession de quatre moments différents en précisant le début horaire de chacun d'eux.</p>	<p>-Respect de la consigne et si non pourquoi</p> <p>-le contenu de la réponse</p> <p>-le moment et le contexte de la journée choisi</p>	<p><u>Le contenu de la réponse est révélateur</u>: la succession de 4h de cours d'un patient dans l'hyper-investissement scolaire ; une journée vécue dans l'interaction familiale ou amicale conflictuelle ou non ; absence de mention des temps de repas traduisant un control des pensées envahissantes sur la nourriture.</p>	Cela permet d'évaluer la capacité du sujet à relater chronologiquement des faits et nous en apprend plus selon le contenu de sa réponse sur son fonctionnement personnel et social ; cependant cela reste interprétatif.
<p>Item2 : Reproduction de tempi.</p> <p>Ecouter le rythme proposé et frapper dans ses mains selon les variations du rythme de marche (normal, lent rapide).</p>	<p>-conscience de la résonance de la phrase rythmique</p> <p>-présence d'un comptage</p> <p>-présence d'accélération ou décélérations</p> <p>- constance du tempo.</p>	<p><u>Accélération légère du tempo lent</u> = hyperactivité.</p> <p><u>Tempo inconstant ou indistinction des différentes cadences</u>= questionne sur un manque de structuration temporelle, de la durée et de l'attente.</p>	Cela mesure bien les notions de temps et d'espace au travers la capacité à percevoir et reproduire une cadence cependant, la présence d'une hyperactivité au travers une légère accélération du tempo reste hypothétique.
<p>Item 3 : Reproduction de 4 rythmes (Mira Stambak).</p> <p>Reproduire des phrases rythmiques de difficulté croissante en frappant avec un crayon sur la table. Deux essais avec modèle par phrase rythmique sont tolérés</p>	<p>-sensibilité particulière à l'espace sonore</p> <p>-absence de repères rythmiques</p>	Cet item permet une discussion sur les habitudes du patient, qu'il s'agisse de jouer ou d'apprécier certaines musiques, une sensibilité à l'espace sonore ou alors une absence de repères rythmiques nous amènent à proposer l'atelier de musicothérapie.	Cet item à un intérêt dans la mesure du temps et peut être un prédateur d'une proposition d'atelier en musicothérapie.

AXE II : Organisation spatiale (6 items).

Items et consignes	Ce qui est évalué	Interprétations d'O.G.H	Mes remarques
<p>Item1 : Observation de l'occupation de l'espace sécurisée/ inquiétante</p> <p>Observation du patient dans l'occupation spontanée de l'espace et savoir si au quotidien il y a des lieux qui lui sont apaisants ou insécurisants au point de les éviter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - déplacements spontanés du sujet au cours du bilan, - l'occupation de l'espace, - la présence de possibles collisions avec les éléments du milieu - variations et ajustements dans la distance interpersonnelle et enfin - présence d'attitudes phobiques d'évitement de lieux générateurs d'angoisse. 	<p>Certains patients sont couverts d'hématomes car ils se heurtent au quotidien à leur environnement matériel.</p> <p>Savoir si certains lieux sont anxiogènes enrichit l'observation du patient. Quand le sentiment d'insécurité est dans l'espace du « chez soi » ou celui d'un proche, cela interroge autrement : ambiance familiale trop lourde ?</p>	<p>Cet item présente un intérêt dans la connaissance de l'occupation de l'espace et nous informe également sur la présence de comportements phobiques handicapants pour le sujet.</p>
<p>Item 2 : Dessin du plan d'une pièce connue</p> <p>Dessiner le plan d'une pièce connue en matérialisant les cloisons et ouvertures (portes ; fenêtres). Puis y représenter à l'intérieur à l'aide de formes géométriques les quatre meubles principaux de la pièce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le type de pièce représentée, - interne ou externe au domicile, - le centrage et l'échelle du dessin ; - la continuité du tracé ; - la présence ou non de cloisons et leur confusion possible avec les bords de la feuille - la présence de toutes les ouvertures de la pièce ; le respect des proportions et du nombre des meubles la place des espaces vides dans la pièce, les pièces adjacentes sont mentionnées, ses capacités d'orientation de la pièce dans l'espace 	<p>Hypothèse d'une projection d'une part de l'enveloppe psychique et physique du patient dans son dessin révélant les faiblesses et forces de l'enveloppe et procédés de sa construction.</p> <p><u>Echelle du dessin :</u> petite= inhibition grande= exhibition. <u>Cloisons délimitées</u> = le « moi » se projette dans un espace aux limites affirmées.</p> <p><u>Cloisons absentes ou confondues avec les bords de la feuille</u>= faiblesse des limites du « moi ».</p> <p><u>Présence de toutes les ouvertures et mention des pièces adjacentes</u>= rapport à autrui.</p> <p><u>Respect des proportions des meubles et espaces vides ou remplis :</u></p>	<p>L'analyse de cet item reste très interprétative.</p>

	par rapport aux points cardinaux (richesse/pauvreté des repères).	-Trop de vide = sentiment de flottement que certains patients anorexiques ressentent dans leurs habits ou le besoin d'être contenus par eux petite taille des meubles= inhibition.	
Item 3 et 4: Transposition d'un trajet dans la salle à partir d'un parcours dessiné. Réaliser en réel un trajet dessiné sur une feuille après l'avoir visualisé.	-l'orientation du parcours -la délimitation de l'espace -le tonus musculaire -les caractéristiques de la marche : présence d'un ballant des bras, aisance du pas, position des membres supérieurs.	Les orientations et proportions sont globalement respectées On observe deux choses : <u>Pour l'espace</u> : un besoin de finir le trajet contre le mur d'en face témoignant une recherche de contenance .S'aider de l'enveloppe de la pièce compense une enveloppe de soi déficiente ? Un tiers des patients s'appuie sur les jointures du linoléum pour leur trajet : Cela peut témoigner d'une faiblesse des acquis, un besoin de sécurité, d'une ritualisation <u>Les caractéristiques de la marche</u> : le ballant des bras est rare, et souvent chez les jeunes filles, les membres supérieurs viennent masquer les hanche, la poitrine ou le ventre ce qui semble témoigner d'un souhait d'effacer les signes féminins de leur corps.	Cet item permet de voir la capacité du patient à transposer des informations à partir d'un plan dans le milieu réel. Et son observation au cours de ses déplacements est riche d'informations, cependant les conclusions qu'en tire O.G.H restent interprétatives.
Item 5 : Reconnaissance et reproduction de figures géométriques Nommer chacune des formes géométriques dessinées (rond, carré, rectangle, triangle, losange, l'ovale) puis les recopier.	la connaissance sémantique des formes simples, le respect de la forme et sa proportion, la présence de discontinuités dans la forme, l'apparence du tracé (ferme ou peu visible).	Parfois on note une difficulté dans la copie du losange qui pourrait traduire l'incapacité à situer l'axe vertical de la forme, renvoyant à l'incapacité à se référer à son propre axe corporel.	La remarque d'O.G.H sur la copie du losange reste une hypothèse et ne nous donne pas de preuves fiables d'une possible difficulté à se référer à son propre axe corporel.
Item 6 : Dessin d'un cube sans modèle.	L'exactitude du cube	Il est fréquent d'observer des difficultés de représentation de la profondeur et de l'épaisseur. Cela renvoie à la problématique du patient anorexique qui ne peut laisser place au vécu	Cela reste très interprétatif.

		d'épaisseur du corps. Une autre idée pourrait être que si la représentation de la perspective signe une maturité de la représentation spatiale son incapacité apparaîtrait comme une immaturité du patient dans son cheminement vers l'individuation.	
--	--	---	--

AXE III : Le schéma corporel (6 items).

Items et consignes	Ce qui est évalué	Interprétations d'O.G.H	Mes remarques
<p>Item 1 : Latéralité : orientation sur soi et sur autrui</p> <p>Montrer sur soi l'épaule droite, la main gauche, le nez, le pied gauche puis sur le thérapeute (qui a les jambes croisées) son épaule droite, le coude gauche, le menton, le pied droit.</p>	<p>- le repérage droite/gauche sur soi et sur autrui</p> <p>-la connaissance des différentes parties du corps.</p>	<p>parfois certains patients désigne l'épaule du thérapeute sur leur propre corps cela peut être interpréter comme une perméabilité des limites entre soi et l'autre due à un rapport adhésif à l'autre.</p>	<p>C'est un item intéressant pour évaluer l'intégrité du schéma corporel (latéralité, connaissances des parties du corps en désignation).</p>
<p>Item 2 : Imitation de postures</p> <p>1) Debout face à face reproduire en réel les trois postures proposées de difficulté croissante</p>	<p>la capacité du sujet à percevoir les postures et les reproduire</p>	<p><u>Posture 2</u>= n'est réalisable que si le sujet peut utiliser en repère son axe corporel. S'il y a des difficultés alors on regarde si dans sa copie du losange, il a utilisé un repère axial. Si les difficultés de repérage axial s'accroissent il faudra en travailler l'axe corporel.</p> <p><u>Posture 3</u>= permet de voir la façon dont le sujet perçoit et retranscrit ou non la profondeur. On peut relier cette posture avec le dessin du cube, s'il y a des difficultés aux deux épreuves, un travail corporel basé sur la prise de conscience du volume du corps aidant à la perception de la profondeur dans l'espace doit être proposé.</p>	<p>C'est pertinent pour l'évaluation du schéma corporel dans sa dimension perceptivo-motrice.</p>

<p>2) Reproduction d'un enchainement gestuel sans signification</p> <p>Reproduire en miroir quatre postures enchainées des membres supérieurs après observation et un essai d'entraînement</p>	<ul style="list-style-type: none"> -la justesse (bon repérage latéralisé), -la précision, -la vitesse/rythme d'exécution - la façon dont le sujet exprime le mouvement. 	<p><u>Les résultats des sujets sont :</u> soit très bons pour certains, témoignant d'un schéma corporel hyper structuré alors que l'image du corps est défaillante, soit le repérage latéralisé en face à face ou la rythmicité de l'enchainement est difficile. Pour d'autre encore, c'est bouger son corps et occuper l'espace corporel propre soumis au regard de l'autre que est difficile.</p>	<p>Cet item renvoie au précédent avec comme variante l'enchainement de mouvements des bras.</p>
<p>3) Coordinations faciales</p> <p>Hausser les sourcils, les froncer, gonfler une joue, faire semblant de siffler, faire un clin d'œil, bouger les narines</p>	<p>-repérage du potentiel gymnique facial.</p>	<p>Certains patients présentent une rigidité dans les mouvements de la face entraînant une confusion. Ces difficultés posent la question de la qualité des interactions précoces parents/bébé (dépression maternelle ?) qui permettent le développement des aptitudes mimiques.</p>	<p>Cet item permet de révéler de possibles difficultés dans les praxies faciales, élément qui peut être retrouvé dans l'alexithymie.</p>
<p>Item 3 : Dessin d'une personne.</p> <p>Dessiner une personne de son choix mais sans dessiner un bonhomme-bâton.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Observation du plaisir ou non pris par le patient en dessinant -Le statut de la personne dessinée -Richesse du dessin -La nature du tracé (hésitants, peu appuyé, ininterrompu, hachés...) 	<p>Le dessin d'une personne de l'entourage familial bien que rare, peut être un parent, un frère/sœur, un(e) ami(e).</p> <p>-L'hypothèse est, que le patient se projette dans son dessin. Souvent les organes sensoriels manquent (oreilles, yeux vides) mais la bouche est dessinée en détails. Dans 50% des cas les mains sont absentes ou cachées trahissant peut être le fait que la main a valeur de rejet car elle porte les aliments à la bouche. Le sujet ne peut traiter le désir autrement qu'en le niant. On peut aussi y voir le déni de l'emprise que le patient a sur lui-même et l'autre ou encore le signe d'une carence en « Handling » (Winnicott) dans la petite enfance. De plus, si l'on aussi considère la main comme un organe relationnel, son absence, sa dissimulation, et variations de taille informe sur la qualité du rapport du sujet avec autrui et lui-même.</p>	<p>Le dessin du bonhomme reste polémique cependant l'ensemble des échelles pour le coter permet de voir la totalité des particularités retranscrites.</p>

<p>Item 4 : Equilibre statique</p> <p>Se tenir sur un pied puis tenir en équilibre les deux pieds au sol, les bras tendus à l'horizontale vers l'avant, les yeux fermés en décomptant à voix haute de 20 à 0.</p>	<p>-la capacité d'équilibre statique.</p> <p>-La conséquence de la fermeture des yeux (tremblement des paupières, des doigts, incapacité à les fermer, présence de raideurs toniques et leur localisation)</p>	<p><u>La 1^{ère} consigne</u> : ouvre un échange sur les capacités ou difficultés d'équilibre rencontrer par le patient au quotidien. Si un déficit dans les appuis se révèle cela fera l'objet d'un travail ultérieur.</p> <p><u>La 2^{ème} consigne</u> : permet d'éliminer un trouble de l'équilibre d'origine cérébelleuse.</p> <p>La fermeture des yeux, nous informe sur la capacité du sujet à se libérer de la nécessité de control.</p>	<p>les observations sur les réactions patient sont pertinentes (raideurs, équilibration...).</p>
<p>Item 5 : Equilibre dynamique</p> <p>Résister à une poussée latérale, antérieure et postérieure en gardant l'équilibre. (Cela est complété par une observation continue du patient et un questionnaire sur son équilibre au quotidien).</p>	<p>-les capacités de résolution tonique permettant le maintien en équilibre</p> <p>- la capacité de vivre un corps en équilibre face à la présence d'autrui.</p>	<p>Dans plus de 50% des cas on observe que les sujets échouent ou présentent une hypertonie. Ces difficultés sont à corrélérer à la consigne suivante qui met en évidence la tolérance ou non du patient à être touché et son tonus.</p> <p>Cet item, nous informe aussi bien sur l'image du corps du patient que sur son schéma corporel car on ne peut pas toucher au corps instrumental d'autrui sans aller à la rencontre de sa charge affective.</p>	<p>Cet item permet de voir la qualité des ajustements posturaux du patient, sa capacité de compensation du déséquilibre et son appréhension du toucher.</p>
<p>Item 6 : Sensibilité : Enumérer les yeux fermés les parties du corps touchées.</p> <p>(le patient est allongé sur le dos, les yeux fermés, les contacts se font sur les bras des extrémités aux racines, puis sur les jambes, le visage, le torse, le dos et le ventre).</p>	<p>-tolérance du sujet au toucher</p> <p>- connaissance des différentes parties du corps</p>	<p>Les régions corporelles sont généralement reconnues mais souvent certains mots utilisés surprennent comme :</p> <p>« biceps » pour bras ou encore « estomac » pour ventre. Ainsi la peau, enveloppe protectrice semble absente, non contenant pouvant traduire une certaine perméabilité de l'enveloppe psychique. Ce contexte peut aussi confirmer un malaise à être touché, ce qui va orienter le futur choix des médiations proposées afin d'aider le patient à accepter ce mode relationnel important.</p>	<p>Ici c'est l'approche de la somatognosie qui est pertinente.</p>

AXE IV : Le corps en communication (4 items).

Items et consignes	Ce qui est évalué	Interprétations d'O.G.H	Mes remarques
<p>Item 1 : Tonicité : couché, recherche de mobilisations passives</p> <p>Mobilisation passive commençant par les bras puis les jambes (le patient peut avoir les yeux fermés ou ouverts et doit se détendre le plus possible)</p>	<p>la capacité à se détendre et à faire confiance à l'autre</p>	<p>Pour certains ce moment est apprécié, utiliser la relaxation en prise en charge est alors possible. Pour d'autre le contrôle du corps demeure, des raideurs apparaissent, la détente est entrecoupée de reprises toniques. Parfois la détente semble tellement parfaite qu'elle fait l'objet d'un contrôle surtout quand avant l'on a pu remarquer des réactions hypertoniques (poings fermés...). Ou bien est-ce l'expression de la séparation entre le corps et l'esprit : le sujet désinvestit son corps en relation pour ne plus ressentir le touché ou les affects.</p>	<p>Cet item est intéressant car il permet d'apprécier l'état tonique du patient et sa capacité à se détendre.</p>
<p>Item 2 : Expression mimogestuelle des émotions.</p> <p>Adopter la mimique faciale correspondant aux émotions proposées (impatience, surprise, colère, joie, tristesse, douleur, dégoût).</p>	<p>-la capacité à produire la bonne mimique faciale</p>	<p>Souvent de grandes difficultés d'expressions sont relevées : visage neutre, ou seule la joie peut être mimée, au cours du bilan certains patients ont un sourire de façade comme pour masquer leurs vraies émotions. Cette capacité de partage serein des émotions dépend de la façon dont elles ont été reçues et comment elles se sont inscrites dans l'échange au cours de l'histoire du sujet. Souvent les patients expriment le sentiment d'être incompris par les autres, ou le besoin de contenir leurs émotions.</p>	<p>L'item s'inscrit dans la continuité de l'évaluation des praxies faciale. Il permettrait d'évaluer le décalage entre la capacité du sujet à reproduire sur consigne l'expression faciale des émotions et sa façon de les faire spontanément, dans ce cas une observation continue du sujet peut confirmer ce décalage.</p>
<p>Item 3 : Mimes Mimer à tour de rôle des activités du quotidien. Des gestes, bruits et sons peuvent être utilisés mais pas de mots ni d'objets (sauf une chaise s'il faut être assis).</p>	<p>-la spontanéité ou la difficulté à émettre un choix</p> <p>-la façon d'investir l'espace et le temps</p> <p>-les capacités de décodage</p> <p>- le contenu du mime</p>	<p>Très souvent les premiers mimes sont figés (pas de déplacements)</p> <p>Les patients présentant des traits obsessionnels, décodent mal le mime, restant fixés sur un détail incompris. Certains encore, nous tournent le dos d'autres fixent intensément du</p>	<p>Il permet l'abord des praxies gestuelles à mettre en rapport avec l'apragmatisme.</p>

		<p>regard.</p> <p>Le contenu du mime proposé par le patient (référence au travail, famille...) vient enrichir nos observations et notre compréhension du patient.</p>	
<p>Item 4 : Le vêtement, le corps comme outil de relation. Observation de la tenue vestimentaire du patient</p>	<p>le choix du vêtement adapté ou non à la situation.</p>	<p>Le vêtement peut être trop léger, décolleté, ou collant et peut traduire la volonté d'exhiber sa maigreur ; soit il est trop large ou couvrant et peut refléter une inhibition.</p>	<p>Cette observation est utile car elle permet d'évaluer le sujet dans sa présentation de soi mais peut au lieu de faire l'objet d'un item faire partie des observations annexes.</p>

AXE V : Somatisations

Cet axe résulte de l'observation continue du patient et ouvre à la discussion : est ce que cela représente une gêne quotidienne pour le sujet ? Souhaite-t-il qu'au travers le soin nous l'aidions à diminuer la somatisation voir la faire disparaître ? A-t-il des attentes dans le futur travail corporel proposé ?

Items et consignes	Ce qui est évalué	Interprétations d'O.G.H	Mes remarques
Item 1 : Traduction corporelle de l'angoisse Observation de la traduction corporelle de l'angoisse.	-signes physiologiques de l'angoisse (respiration irrégulière, tremblements, souffle coupé, hypersudation...)		Même remarque pour ces trois derniers items que pour l'item 4 de l'axe V, ils peuvent être regroupés dans les « observations diverses » relatives au patient sans obligatoirement faire l'objet d'items.
Item 2 : Manifestations corporelles dépressives Observation des manifestations corporelles dépressives	-Visage et corps figés, fatigabilité importante, soupirs, ralentissement psychomoteur		
Item 3 : (Autre) interrogations du patient sur la présence ou non de troubles du sommeil.	-troubles de l'endormissement, insomnies, réveils et terreurs nocturnes.	cela nous permet de préconiser d'autant plus un travail de relaxation pour aider à résoudre en plus de l'hyperactivité et l'hypertonie les troubles du sommeil que le sujet peut présenter.	

Autres observations : Il s'agit ici de questionner le patient pour connaître ces centres d'intérêts (loisirs, choix d'études, travail) pour aider à l'élaboration d'une prise en charge adaptée à ses intérêts. Bien que ces questions peuvent être posées tout au long du bilan il est préférable de les poser à la fin pour les sujets très réservés qui le sont moins après la passation du Bilan.

3) Discussion

Bien que le bilan d'O.G.H s'appuie sur une cotation globale, sans utiliser de test validés, il est le reflet d'années d'expérience et trouve toute sa légitimité auprès des patients anorexiques dont la problématique nécessite idéalement comme nous l'avons vu une prise en charge psychomotrice. C'est aussi la toute première proposition d'évaluation psychomotrice destinée

aux patients anorexiques connue à ce jour traduisant courageusement une volonté de combler un manque dans ce domaine. O.G.H au travers ce choix de construction de bilan a ouvert une piste d'évaluation. A partir de l'étude de son bilan et des connaissances théoriques recueillis sur ce trouble, notamment sur la symptomatologie qui y est fréquemment associée, je propose alors une autre vision d'un bilan psychomoteur. J'ai voulu que ce bilan soit ciblé sur l'évaluation des troubles pouvant être associés à l'anorexie mentale et que le psychomotricien est en mesure de prendre en charge. J'ai fait également le choix que ce bilan combine à la fois des données cliniques et métriques de tests validés. Ces dernières permettront d'authentifier la présence ou non de telle ou telle symptomatologie et son intensité.

Je vais alors vous présenter le bilan que je propose.

II) Présentation d'une autre proposition d'un bilan psychomoteur bilan destiné aux adolescents(es) anorexiques.

1) Cadre général du bilan proposé

Le bilan que je propose est à destination des adolescents (mais peut également être adapté à l'adulte) car l'anorexie mentale débute fréquemment à cette période de la vie. Plusieurs éléments sont donc à prendre en compte dans le cadre d'une passation de bilan auprès d'adolescents anorexiques. Tout d'abord, il ne peut être administré si le patient présente une trop grande fatigabilité due à un IMC inférieur à 14. En suite, lors de la passation, le psychomotricien sera amené à être en contact physique avec le patient comme par exemple lors des mobilisations passives. Dans ce contexte le psychomotricien devra veiller à expliquer au patient ce qu'il prévoit de faire et son toucher devra être franc et localisé uniquement sur les parties du corps concernées par la mobilisation.

Pour construire mon bilan je me suis appuyée à la fois sur les apports théoriques relatifs à la symptomatologie fréquemment associée à l'anorexie mentale, sur le bilan proposé par OGH et sur les tests préexistants dont des tests psychomoteurs. Aussi, je propose une autre vision du bilan psychomoteur dont la trame est constituée de huit grands axes: Alexithymie, image du corps, fonctions exécutives, visuo-construction, schéma corporel, hyperactivité, tonus, autres observations. L'objectif ici est de pouvoir à l'issue du bilan réalisé faire émerger la possible présence d'une symptomatologie où le psychomotricien peut participer à sa prise en charge. La durée totale de ce bilan est d'environ 1 heure et il est précédé d'un bref entretien préalable et étayé par des observations cliniques.

2) Présentation du bilan

a) Entretien préalable

Il me semble approprié de commencer cette rencontre par un bref entretien. Ce temps participe à l'instauration de la relation patient/thérapeute et permet de recueillir des informations utiles sur le patient. Cet entretien ne vise pas à inciter le patient à parler de son trouble car il a déjà eu l'occasion de le faire à plusieurs reprises dans le cadre d'un soin pluri-focal, mais de présenter les objectifs de ce bilan. Il peut être également bon de resituer le cadre du bilan, en expliquant au patient que celui-ci va mettre en évidence ses points forts et les domaines où il a des difficultés afin de l'aider à progresser dans ces derniers.

Il paraît intéressant de questionner le patient sur la pratique d'un sport ou d'une autre activité. L'issue de cet entretien permettra d'établir un premier contact avec le patient, et nous renseigner (en fonction de la réponse) sur l'importance de la pratique d'un sport soulevant la question d'une hyperactivité. Enfin connaître les activités qu'il aime faire, pourrait être utilisé comme moyen motivationnel dans le cadre d'une prise en charge.

b) Contenu du bilan

Il se compose de huit axes :

- Alexithymie
- Image du corps
- Fonctions exécutives
- Visuo-construction
- Schéma corporel
- Hyperactivité
- Tonus
- Autres Observations

AXE 1 : Evaluation de l'alexithymie

- **L'évaluation de la reconnaissance des émotions**

Le patient est assis en face du psychomotricien et doit deviner à partir de photos réelles de visages l'émotion correspondante à l'expression faciale présentée. Cinq émotions sont à deviner : la joie, la tristesse, la peur, la colère, et la surprise.

Il peut être également intéressant de demander au patient de se rappeler, des situations où il a ressenti ces émotions.

- * *Cet item nous permet d'évaluer la capacité du patient à reconnaître les expressions faciales des émotions et sa capacité d'élaboration. Enfin cela nous informe sur la nature de la situation ayant engendré ces émotions.*

- **Passation de la TAS-20 (ANNEXE 1).**

La TAS-20 est un auto-questionnaire de mesure de l'alexithymie comportant 20 items cotés de 1 à 5. C'est une version révisée et abrégée de la TAS qui comprend initialement 26 items car les dimensions conformisme social et appauvrissement de la vie fantasmatique y sont supprimées.

Les études sur les caractéristiques métriques de la version française ont montrées la validité de cet outil et la fidélité de cet outil. La TAS-20 évalue trois dimensions :

- 1) La difficulté à identifier ses émotions. Les items correspondants à cette dimensions sont au nombre de sept : 1, 3, 6, 7, 9, 13,14.
- 2) La difficulté à décrire ses sentiments. Les items correspondants à cette dimension sont au nombre de cinq : 2, 4, 11, 12, 17.
- 3) Les pensées tournées vers l'extérieur. Les items correspondant à cette dimension sont au nombre de huit : 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Le score global est calculé en additionnant l'ensemble des points obtenus pour chaque item.

On peut dire qu'il y a présence d'une alexithymie quand le patient obtient un score supérieur ou égal à 56 points. On calcule le score obtenu pour chacune des trois dimensions en additionnant les points de leurs items respectifs.

- **Observations cliniques relatives à l'alexithymie :**

Afin d'étayer notre évaluation, il est nécessaire d'observer tout au long du bilan le patient en recherchant la présence possible d'une rigidité comportementale ou encore une expressivité pauvre, qui sont des éléments clinique souvent retrouvés chez les sujets souffrant d'une anorexie mentale.

AXE 2 : Evaluation de l'image du corps

- **Epreuve des silhouettes de Mouchés (ANNEXE 2) :**

Cette épreuve évalue l'attitude explicite du patient envers une échelle des formes corporelles féminines relatives à des poids corporels différents. Elle permet de mesurer la perception qu'à le sujet de son corps réel et du corps qui serait selon lui idéal. Cette échelle est composée de 14 silhouettes correspondant à un IMC croissant. La première silhouette correspond à un corps anorexique et la dernière à une silhouette obèse.

A partir des silhouettes de Mouchés présentées au patient, je propose une séries de questions permettant d'évaluer l'aspect perceptif et cognitif de l'image du corps :

Questions relatives à l'évaluation de l'aspect perceptif de l'image du corps :

- Montres moi à partir des silhouettes que tu vois comment penses-tu être maintenant ?
- Comment voudrais-tu être dans l'idéal ?

Questions relative à la mesure de l'aspect subjectif :

- Comment penses-tu que les autres te voient ?
- D'après toi que t'évoques la silhouette n°1 (anorexique) ? Et la n°14 (obèse) ?

Evaluation de l'aspect comportemental de l'image du corps :

L'évaluation de l'aspect comportemental repose sur des observations continues relatives aux attitudes orientés vers le corps : les membres supérieurs ou les mains cachent-t'elles certaines parties du corps lors des déplacements spontanés du patient ou au cours des mises en situation dirigées ?

L'observation de la tenue vestimentaire du patient nous renseigne également sur la façon dont le corps s'exhibe (vêtements légers, décolletés, moulants, voyants...) ou se cache (vêtements trop larges, très couvrants, peu colorés...).

- * *Ces questions ciblent les grandes composantes de l'image du corps et l'analyse des réponses du patient ainsi que son observation, nous informe sur le degré de perturbation de l'image du corps.*

AXE 3 : Evaluation de fonctions exécutives

- **Evaluation de l'attention soutenue : Le test du d2**

Le d2 est un test qui mesure l'attention visuelle soutenue et les capacités de concentration du sujet.

Cependant, l'évaluation de l'attention soutenue du patient se fait également tout au long du bilan à travers l'observation de la capacité du patient à rester concentré ou non tout au long du bilan.

- **Evaluation des capacités de planification et de résolution de problèmes: La tour de Londres**

Ce test mesure la capacité du sujet à planifier son action à partir de la résolution d'un problème logique

- **Evaluation de la flexibilité mentale : Test des cartes du Wisconsin**

Ce test permet d'évaluer les capacités de raisonnement abstrait du sujet, mais aussi ses capacités de flexibilité mentale, et met ainsi en évidence la possible présence de persévérations chez le sujet.

- **Evaluation de l'impulsivité :**

Elle peut être évaluée au travers l'observation du patient au cours de certains tests comme celui de la tour de Londres. Si une impulsivité est observée il est bon de la confirmer par un test supplémentaire la mesurant.

AXE 4 : Evaluation des capacités visuo-constructives

- **Test de la figure de Rey A**

Ce test mesure les capacités visuo-constructives du sujet ainsi que sa mémoire visuelle.

Ici le patient doit reproduire la figure selon le modèle puis doit la refaire de mémoire, cette dernière nous permettra d'évaluer la mémoire de travail du patient.

Cette épreuve est également l'occasion d'observer la présence d'un perfectionnisme chez le patient.

AXE 5 : Evaluation du schéma corporel

- **Latéralité et espace corporel : localisation perceptive et perceptivo-symbolique.**

* *Le patient et le psychomotricien sont assis en face à face*

Item 1 : Pointer les parties du corps nommées par le psychomotricien.

Parties du corps	Sur soi	Sur autrui
Main Gauche		
Pied Droit		
Epaule gauche		
Genou Droit		
Coude Droit		

Item 2 : Pointer la zone du corps stimulée

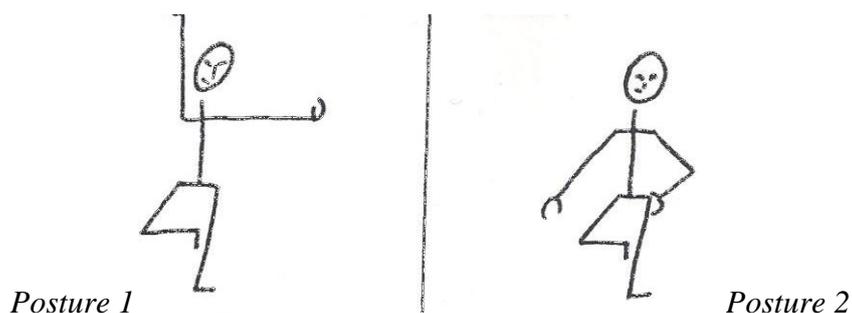
Parties du corps stimulé	Réponse
Pouce droit	
Coude gauche	
Genou droit	
Epaule droite	
Dos de la main droite	

- * Ici on évalue si le sujet est bien latéralisé donc si la reconnaissance Droite/Gauche sur soi et sur autrui est acquise ainsi que la réversibilité. Cette capacité fait référence au référentiel égocentrique (reconnaissance droite/gauche sur soi) et au référentiel allocentrique (reconnaissance droite/gauche sur autrui). Ces notions renvoient donc au schéma corporel. Cet item évalue également la capacité du sujet à localiser sur son propre corps au niveau perceptif (pointer sur son corps la zone stimulée) et perceptivo-symbolique (pointer les parties du corps nommées), ce qui renvoie à la notion d'espace corporel c'est-à-dire l'espace sur lequel le patient localise des points de son corps propre qu'il est capable d'atteindre.

• Imitation de deux postures en réel

Cet item est inspiré des épreuves d'imitation de gestes de Berges-Lézine mais ici les quatre membres sont recrutés dans la posture. Le psychomotricien adopte la posture que le patient doit reproduire en réel.

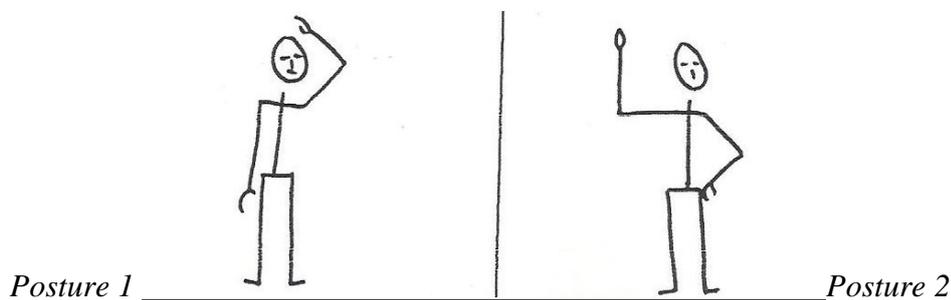
- * Le patient et le psychomotricien sont debout en face à face.



- * Ici on évalue la capacité de réversibilité du sujet, ainsi que ses capacités perceptivo-motrices, à localiser grâce à l'observation de la posture adoptée par le psychomotricien l'agencement des différents segments corporels les uns par rapport aux autres, ce qui sous tend de localiser des points de l'espace extérieur (posture du psychomotricien) et de les transposer a son propre corps.

- **Reproduction de deux postures par mémoire proprioceptive**

Ici, le patient a les yeux fermés et doit se laisser manipuler par le psychomotricien qui positionne les parties du corps du patient dans la posture souhaitée. La posture est maintenue quelques instants par le patient puis il reprend la position de repos. Puis, toujours les yeux fermé le patient doit reprendre la position proposée.



- * Ici on évalue la capacité du patient à effectuer un mouvement d'un point de l'espace à un autre sans le recours à la vue à partir de la mémorisation de la posture grâce à l'intégration des informations proprioceptives en provenance du corps.

- **Epreuves du Lincoln Ozeretsky**

J'ai choisi de reprendre trois épreuves, du test du Lincoln Ozeretsky :

Equilibre sur la pointe des pieds (items 34) :

Ici, le patient doit rester en équilibre 10 secondes sur la pointe des pieds avec les mains sur les cuisses. Chaque jambe est testée avec deux essais autorisés par membre. Sera compté comme erreur si le patient touche le sol avec les talons ou avec l'autre pied, s'il change de place ou sépare les mains des cuisses.

Equilibre sur un pied les yeux fermés (item 32)

Ici le patient doit tenir sur un pied pendant 10 secondes en maintenant les yeux fermés et les mains sur les cuisses. La aussi, les deux jambes sont testées avec un essai par jambe. Sera compté comme échec si l'autre pied touche le sol, si le sujet perd l'équilibre, s'il enlève les mains des cuisses.

- * *Ces items permettent également d'évaluer l'intégrité du schéma corporel car l'équilibre met en jeu à la fois l'intégration des informations proprioceptives, sensorimotrices, vestibulaire, visuelles, et nous renseigne sur la capacité du patient à s'adapter corporellement à la contrainte.*

Lancer de balle sur une cible (item 22)

Ici, le patient doit lancer une balle de tennis (main partant de l'épaule pour lancer) sur une cible située à 2,5m de lui. Les deux mains sont testées avec 5 essais par main. Sera compté comme erreur un lancer ne respectant pas la position initiale ou un lancer n'atteignant pas la cible.

- * *Cet item permet d'évaluer la capacité du patient à adopter une posture et un mouvement adapté et à localiser la cible afin d'atteindre le but fixé. Il évalue le corps en action.*

AXE 6 : Evaluation de l'hyperactivité

- Pour évaluer la présence d'une hyperactivité j'ai proposé un questionnaire à destination de l'équipe de soin en charge du patient (ANNEXE 3). Ce questionnaire a été réalisé dans le but de contourner le biais pouvant être présent dans un auto-questionnaire. En effet il se peut que le patient dans un questionnaire qu'il doit lui-même remplir, note des réponses non représentatives de son comportement réel biaisant alors l'évaluation.
- **Observations relatives à l'hyperactivité** : Elles se font tout au long du bilan. Parmi les signes pouvant trahir une hyperactivité on peut relever : des signes d'anxiété ou d'irritabilité apparaissant lors des temps assis au bureau, la présence de postures couteuses en énergie ou encore une agitation lors des épreuves motrice.

AXE 7 : Evaluation du tonus

- **Epreuve de mobilisation passive des membres.**

Ici le patient est allongé sur un tapis, les yeux fermés ou non. Le psychomotricien va alors venir mobiliser d'abord les membres supérieurs puis les membres inférieurs du patient. Avant toute manipulation le psychomotricien se doit d'expliquer ce qu'il va faire et préciser au patient qu'il doit se détendre le plus possible.

- * *Ici on va évaluer la capacité du patient à se détendre ; et si non pourquoi ? Accompagne t-il le mouvement ? Contracte t-il ses muscles ? Présente t-il des manifestations corporelles de malaise face à la mobilisation?*

- **Epreuve du ballant.**

Ici, le patient est invité à se remettre debout. Le psychomotricien va alors saisir les mains du patient et maintenir ses bras en suspensions un instant puis les relâcher d'un seul coup.

- * *Ici, le psychomotricien va pouvoir observer si le patient présente des difficultés à se relâcher d'un point de vue tonique et comment cela se traduit-il : présence d'une asymétrie tonique ? De paratonies (freine la chute des bras)? Catatonie (reste figé dans la position)?*

AXE 8 : Autres observations

Cette partie est réservée a toutes les observations que le psychomotricien a pu faire sur le patient et ne rentrant pas dans une catégorie d'évaluation spécifique.

- * *Enfin, je précise que lors de la passation de ma proposition de bilan, il n'est pas obligatoire de respecter l'ordre des grands axes d'évaluation qui le constitue. Au contraire il est même préférable de l'agencer, comme par exemple faire passer les items où le patient doit être touché et manipulé par le psychomotricien vers le milieu du bilan afin que cela ne soit vécu de façon trop intrusive. Faire passer l'épreuve des silhouettes de Mouchés en dernier car le patient pourrait mal le vivre et cela risquerai de le bloquer pour la suite de la passation.*

III) Illustration clinique dans une unité d'hospitalisation Toulousaine.

1) Présentation générale de la structure et fonctionnement.

Au cours du stage que j'ai effectué tout au long de cette année dans un CMP (Centre Médico-Psychologique) de Toulouse qui accueille les jeunes patients en ambulatoire, j'ai côtoyé à plusieurs reprises l'équipe pluridisciplinaire et les patients de l'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour préadolescent et adolescents de 12 à 18 ans. Cette unité de soin comprend une partie d'hospitalisation temps plein ouverte toute l'année pourvue d'une dizaine de lits et un hôpital de jour séquentiel ouvert 3 jours par semaine avec des prises en charge à la demi-journée. L'équipe pluridisciplinaire qui y travaille comprend : une équipe médicale formée d'un médecin référent qui est le responsable médical de la structure, un chef de clinique, des internes, une équipe soignante (Infirmiers, aides soignants, éducateurs Spécialisés, Cadre Infirmier). Un Psychologue, un Psychomotricien, une Assistante Sociale et une Orthophoniste intervenant également sur le CMP viennent compléter le dispositif. Dans cette unité un Professeur des Ecoles et des enseignants du secondaire dépendants de l'Hôpital des Enfants, assurent la scolarité aux adolescents hospitalisés.

2) Les missions de la structure

La structure a pour mission d'aider les adolescents pour lesquels les soins ambulatoires et/ou les prises en charges initiales ne suffisent pas à améliorer un mal être croissant, à résoudre une situation conflictuelle intra ou extrafamiliale mais également à éviter une déscolarisation fréquente. L'hospitalisation va avoir divers objectifs :

La gestion de situations de crise en fournissant un cadre contenant et sécurisant ; l'établissement d'un diagnostic ou le réajustement éventuel d'un précédent diagnostic ; la mise en place, si nécessaire d'un traitement médicamenteux ou autre, et son suivi et la réalisation d'évaluations psychologiques, sociales, psychomotrices et scolaires ; la détermination des handicaps et ressources du patient ; la proposition d'un projet post hospitalisation élaboré à partir des observations et du travail menés par l'équipe.

Pour répondre à ses missions différentes réunions d'équipes sont mises en place. Des réunions de transmission ont lieu à chaque mouvement d'équipe où l'échange d'informations relatives aux patients vise à maintenir la cohérence des actions mises en œuvre. Des réunions cliniques

pluridisciplinaires hebdomadaires sont aussi organisées pour évaluer l'état général, l'évolution clinique, l'avancée de la prise en charge et le projet de sortie du patient.

Des réunions de synthèses sont mises en place où le cas d'un patient en particulier est analysé afin de définir les axes de travail de son projet de soin. Des réunions de supervision sont associées afin d'évoquer des cas cliniques complexes suscitant une problématique au sein de l'équipe. Enfin des réunions thématiques tous les deux mois apportent une meilleure compréhension de la pathologie (anorexie, dépression, T.O.C., états limites...) et donnent du sens aux comportements des patients.

Les activités et ateliers thérapeutiques sont proposés en parallèle des entretiens médicaux. Les activités, sont proposées principalement durant les vacances scolaires ou en l'absence de cours. Généralement collectives, de type sportives ou bien manuelles, elles sont à la fois une évaluation du patient à visé thérapeutique de par le travail de valorisation, de respect de l'autre, d'autonomie... Ponctuelles, elles sont animées par plusieurs soignants indifférenciés avec une participation ouverte à tous.

Des ateliers thérapeutiques ont lieu chaque semaine avec pour chacun le même créneau horaire et des référents attitrés. Ils sont divers : atelier terre, atelier peinture, randonnée, piscine, relaxation, écriture, escalade, atelier jeux de scène, atelier photo, atelier journal, atelier corps, atelier cuisine.

3) Les pathologies prises en charge

Les pathologies prises en charge sont nombreuses: troubles de l'humeur, du comportement, de la personnalité (principalement des états limites), troubles anxieux (principalement phobies scolaires, et TOC) et troubles des conduites alimentaires avec majoritairement des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale. Les patients peuvent être adressés par le C.M.P du service, ou par le médecin généraliste, les urgences pédiatriques, mais aussi par une autre structure de soins telle que l'U.C.H.A. (Unité de Crise Hospitalière pour Adolescents). D'autres patients sont adressés par des services Médico-Psychologiques, éducatifs ou sociaux.

4) Présentation du cas d'Inès.

Anamnèse :

Inès, est née le 28/11/94, elle pesait 4,8 kg à la naissance et a marché précocement. Elle présente des entorses des chevilles et des genoux à répétition ainsi qu'une constipation chronique. Son père souffre de surdité majeure. Sa mère d'obésité, d'hypertension artérielle de diabète et sur le plan psychopathologique souffre d'une dépression chronique, avec une tentative de suicide quelque temps après avoir divorcé de son premier mari. Inès a une grande sœur de 24 ans et une demi-sœur de 33 ans.

Histoire familiale :

Elle est complexe, marquée par des ruptures de contacts. La mère d'Inès est arrivée du Maroc à 14 ans avec sa famille. A 22 ans, elle quitte le domicile parental pour un mariage arrangé qui durera 3 mois. De cette union naîtra la fille aînée. Puis elle reviendra vivre chez ses parents pendant 8 ans avec sa fille et se mariera au père d'Inès.

Inès peut décrire une relation très fusionnelle avec sa mère et sa demi-sœur mais à peu de contact avec son père dont la surdité l'écarte un peu de la dynamique familiale. Elle a très mal vécu le départ de sa demi-sœur à l'occasion de son mariage, voyant en elle une deuxième mère. Celle-ci s'est en effet beaucoup occupée d'Inès durant les huit premières années de sa vie (bain, école, soin au quotidien). Départ qui coïncide, selon la mère au début des troubles d'Inès.

Inès pense que l'obésité de sa mère est de sa faute, qu'elle est liée à sa naissance. Elle montre des attitudes tyranniques par rapport à sa mère, très possessive, et jalouse de l'attention qu'elle peut porter à d'autres enfants. Les parents projettent de partir au Maroc à leur retraite près des grands parents d'Inès, projet devant se concrétiser à la majorité d'Inès ce qui est très angoissant pour elle, qui le rapporte comme une injustice car « ses sœurs ont eu leur mère avec elles jusqu'à leur mariage et qu'elle ne pourrait pas le faire ».

Inès est très investie dans le travail domestique familial assurant toutes les tâches quotidiennes prenant ainsi une vraie place dans la dynamique familiale.

Scolarité :

Inès, a quelques amis au lycée avec qui elle entretient de bonnes relations mais pas de petit copain semble-t-il. Elle a toujours été décrite comme étant une bonne élève, investie dans les apprentissages. Elle fait sa rentrée 2011/2012 en Terminale. Ses résultats sont dans la

moyenne sans aucun hyper-investissement scolaire ses derniers mois. Un aménagement des épreuves du BAC a été demandé.

Histoire de la maladie :

Inès rapporte le début d'une restriction alimentaire importante à partir de décembre 2010. On note ensuite une perte de poids rapide de 7 à 8 kg amenant son médecin traitant à l'adresser à l'hôpital dans le service de nutrition dès février 2011.

Une aménorrhée est présente depuis décembre 2010, ainsi qu'une lymphopénie, une déminéralisation osseuse, une carence en vitamine et en fer et une alopécie.

Elle bénéficie d'une contraception oestro-progestative pour limiter les conséquences osseuses ainsi qu'une poursuite de la prise en charge nutritionnelle.

En mars 2010, elle rencontre le médecin du service qui l'adresse au CMP pour un suivi en ambulatoire et met en place un contrat de poids d'hospitalisation. En mai 2011, le suivi psychothérapeutique est mis en place.

Inès explique que sa restriction alimentaire initiale est due à une perte d'appétit précipité par la remarque d'une amie sur son poids, le déménagement de sa demi-sœur ainsi qu'un dégoût pour la viande suite à une carcasse de mouton vue lors des fêtes Religieuses en Octobre 2010. Inès adopte alors un comportement alimentaire de plus en plus restrictif sans purge ni vomissements ni hyperactivité physique et hyper-investissement scolaire.

Son entourage souligne son irritabilité croissante, son agressivité verbale ainsi que des éléments dépressifs (épuisement, découragement, pleurs, isolements, troubles du sommeil) mais sans épisode dépressif majeur caractérisé.

Des conflits familiaux émergent centrés sur l'alimentation mais aussi en lien avec son agressivité. En mai, une dispute éclate entre elle et sa demi-sœur, cette dernière lui reprochant d'être trop sévère avec ses neveux. Le contact est alors rompu ce qui l'affecte beaucoup.

L'hospitalisation temps pleins est alors envisagée en septembre 2011 compte tenu de son état de détresse physique et psychique.

Lors de cette hospitalisation, la séparation familiale est vécue difficilement. Mais après quelques jours elle se saisit des soins proposés, s'intègre bien au groupe de patients et a une capacité d'élaboration certaine. Elle fait beaucoup d'efforts sur l'alimentation, reprenant du poids. Les sorties dans sa famille sont donc proposées. Celle-ci constate sa présence aux repas et un mieux dans son humeur, elle reprend également contact avec sa demi-sœur.

A sa sortie d'hospitalisation elle rechute très vite dans la restriction. Le décès d'un oncle mobilise beaucoup sa mère. Inès rapporte s'être alors sentit « toute seule, laissée pour compte ».

En fin septembre, une ré-hospitalisation s'impose. Beaucoup moins accessible, son discours est centré autour d'une angoisse scolaire paralysante et ses préoccupations autour de l'alimentation sont majeures. Son poids chute rapidement et la pose d'une sonde nasogastrique est décidée le 14 octobre. Fin 2011 on note un mieux sur le plan clinique ; elle commence à mettre un peu plus de sens dans ses symptômes, questionnant le rôle des relations familiales dans ses difficultés actuelles. Mais son poids stagnant conduit à une séparation avec son environnement familial début janvier. Elle se ferme à nouveau sur la compréhension de l'origine de son trouble, sa rigidité psychique se renforce, pouvant se mettre en restriction totale. Elle est perçue comme en tension permanente, angoissée et peu accessible pour le soin et le travail psychique. La mère quant à elle vit très mal la séparation, elle dort dans le lit de sa fille et pleure quand elle a l'équipe de soin au téléphone, cependant elle annule tous les rendez-vous avec le médecin du service. Peu à peu Inès reprend du poids la sonde nasogastrique lui est retirée et la séparation avec sa famille qui a duré trois mois est levée. C'est dans ce contexte que je rencontre pour la première fois Inès.

5) Résultats du bilan d'Inès.

Au moment de la passation du bilan psychomoteur, Inès a 17 ans. Elle me confie aimer le sport d'endurance et toute sorte de lecture. Le style vestimentaire revêt peu d'importance pour elle. Quand il est question de trouver les mots pour se définir Inès n'y arrive pas, répondant par un « je ne sais pas ! » montrant un manque d'introspection.

Lors de la passation du bilan Inès est coopérante, elle porte des lunettes pour une myopie. J'ai pu faire passer l'intégralité du bilan tel qu'il a été décrit, les résultats par axe sont les suivants :

Evaluation de l'Alexithymie

- **Reconnaissance des émotions :**

Inès arrive à reconnaître la joie, émotion qu'elle associe au jour des retrouvailles avec sa mère après trois mois d'isolement familial. Elle reconnaît sans difficulté la tristesse et la colère qu'elle dit avoir ressentit quand elle a appris sa ré-hospitalisation. La peur quant à elle est confondue avec la surprise, et la surprise avec l'émerveillement. Elle dit être surprise quant on lui raconte quelque chose qu'elle ne croit pas mais n'a jamais été émerveillée par quelque chose : « vous savez, moi je ne voyage pas, je ne sais pas ! ».

- **Résultats à la TAS-20 :**

Elle obtient un score global de 81 points, score, représentatif de la présence d'une Alexithymie.

Score aux sous échelles :

- 1) « Difficulté à identifier ses émotions » : 30 points
- 2) « Difficulté à décrire ses sentiments » : 20 points
- 3) « Pensées tournées vers l'extérieur » : 31 points

Les résultats plus élevés aux sous échelles 1 et 3 montrent qu'Inès présente notamment des difficultés à identifier ses émotions et a des pensées concrètes et peu introspectives

- **Observations :**

Ce qui est marquant chez Inès c'est son manque d'expressivité tant au niveau facial (mimiques pauvres) que dans sa motricité spontanée. Les gestes à valeur de communication non verbale sont quasi inexistantes, elle apparaît comme figée.

Evaluation de l'image du corps

- **Les silhouettes de Mouchés :**

* *Inès a un IMC de 15, 5 lors de l'évaluation ce qui correspond à la silhouette 1.*

Sur le plan perceptif, à la question « comment penses-tu être maintenant ? », Inès répond « entre le 8 et la 9 », silhouettes dont les IMC respectifs sont de 24,08 pour la 8^{ème} silhouette et de 25,39 pour la 9^{ème}. Si l'on compare ses réponses à son IMC on remarque un gros décalage dans la perception qu'elle a de son corps, dans le sens d'une surestimation de ses formes corporelles.

A la question « Comment voudrais-tu être dans l'idéal ? », Inès montre la silhouette 2. Ici on remarque qu'Inès est dans un idéal de maigreur corporelle.

Sur le plan subjectif, à la question « Comment penses-tu que les autres te voient ? », Inès reste sans réponse. Cela pourrait peut être renvoyé au déni du trouble, ne voulant pas reconnaître que les autres perçoivent sa maigreur.

Enfin la silhouette 1 lui évoque « une femme maigre » et la silhouette 14 « une femme obèse ». Ses réponses montrent que quant le jugement n'est pas porté directement sur son corps, elle a un regard objectif.

Sur le plan comportemental, Inès lors de ces déplacements spontanés, n'a pas de ballant, ses bras sont plaqués contre son buste et ses mains encerclent ses hanches comme pour les rendre moins visibles. Lors des temps d'évaluation au bureau, elle est recroquevillée sur elle-même, le buste en avant et les épaules vers l'intérieur, le corps est masqué. Concernant la tenue vestimentaire, Inès est habillée tout en noir (couleur réputée pour amincir la silhouette), elle porte un bas de jogging large et un pull col roulé trop grand. Sa tenue révèle une volonté marquée de cacher son corps.

Evaluation des fonctions exécutives

- **Evaluation de l'attention soutenue :**

Au test du d2, Inès est très penchée sur sa feuille, elle est en colère contre elle-même dès qu'elle réalise qu'elle s'est trompée, a la fin de l'épreuve elle me confie « qu'à la fin s'était difficile ». Ses résultats sont les suivants :

GZ (performance quantitative)= 535, résultat au dessus de la moyenne pour son âge (78^{ème} rang Percentile), Inès est rapide dans l'exploration des signes.

F (nombre total d'erreurs)= 19 (15 omissions et 4 confusions), ce résultat montre qu'elle fait peu d'erreurs, elle est donc précise dans l'exploration visuelle.

F% : 3,55% ce qui correspond au 50^{ème} Rang Percentile, ce qui la situe dans la moyenne pour son âge.

GZ-F (Note globale)= 516, soit 81^{ème} Rang Percentile, ce qui est au dessus de la moyenne pour son âge. Ceci montre qu'Inès réalise une très bonne performance au test, elle est précise et rapide, et fait preuve de concentration tout au long de l'épreuve.

SB (intervalle de variation)= 8 soit un résultat supérieur au 90^{ème} Rang Percentile, ce qui est au dessus des résultats attendus pour son âge et témoigne d'une performance régulière.

De plus tout au long du bilan, aucun décrochage attentionnel n'est à relever.

- **Evaluation des capacités de planification et de résolution de problèmes: La tour de Londres**

Ses Résultats sont évalué a partir du score de Krikorian, le but étant d'évaluer ses capacité de planification et de résolution de problèmes de difficulté croissante. Elle obtient 34/ 36 points, soit +0,4DS. Ce résultat est représentatif de la performance d'Inès qui prend le temps de planifier pour résoudre le problème de façon précise.

- **Evaluation de la flexibilité mentale : Test des cartes du Wisconsin**

Les résultats qu'Inès obtient sont les suivant :

Nombre total d'erreurs= 16 soit ce qui la situe au 56^{ème} Rang percentile.

Pourcentage d'erreurs = 20,5% ce qui la situe au 46^{ème} Rang percentile.

Nombre de réponses persévératives= 13, la situant au 38^{ème} Rang percentile.

Pourcentage de réponses persévératives= 16,6% ce qui la situe au **21^{ème} Rang percentile.**

Nombre d'erreurs persévératives= 12, la situant au 38^{ème} Rang percentile.

Pourcentage d'erreurs persévératives=15,4% la situant au **18^{ème} Rang percentile.**

Nombre d'erreurs non persévératives= 4 ce qui la situe au 88^{ème} Rang percentile.

Pourcentage d'erreurs non persévératives= 5,12% la situant au 88^{ème} Rang percentile.

Pourcentage de réponses conceptuelles= 77% ce qui la situe au 58^{ème} Rang percentile.

Concernant le nombre de catégories réalisées(6), d'items nécessaires pour réaliser la première catégorie(11), l'échec dans le maintien d'une stratégie (pas d'échec) et l'indice de capacité d'apprentissage ses résultats se situent tous au dessus du 16^{ème} rang percentile que qui est bon.

L'ensemble des résultats d'Inès sont bons, cependant on note des difficultés d'ordre persévératives qui sont néanmoins moindres.

- **Evaluation de l'impulsivité :**

Aucun signe d'impulsivité cognitive n'est constaté cliniquement au cours de la passation de la tour de Londres, ou dans l'abord d'autres épreuves.

- **Test de la figure de Rey A**

A la copie de figure, Inès trace de la main droite, elle commence par un détail attenant au rectangle central en l'utilisant comme repère pour placer les autres éléments. Sa construction est de type 2 (centile 25) ce qui est atypique pour son âge. Elle obtient 34,5 points en richesse et précision soit + 1, 4 DS ce qui est supérieur au niveau attendu pour son âge. Elle met 4 min pour la réaliser ce qui correspond au centile 50 soit la moyenne.

L'échelle de la figure est très bien respectée et elle est mal localisée sur l'espace de la feuille (tout à gauche). Elle est très minutieuse et précise et montre un perfectionnisme certain ainsi qu'une grande frustration et agacement face à l'impossibilité de pouvoir gommer ou tracer les traits à la règle : « ça ne va pas ce que j'ai fais, il me faudrait une règle pour que ça soit droit ».

Pour la copie de mémoire, elle reprend la même stratégie de construction que pour la copie. Ici, la figure est plus allongée et mieux située au centre de la feuille. Elle obtient 27 points pour la richesse et précision soit +1DS ce qui est bon et met 5min pour la réalisation. Inès paraît bloquée dans cet exercice car elle a peur de tracer un détail de la figure si elle n'est pas sur de celui-ci, et est déçue de ne pas bien se rappeler, malgré mes renforcements positifs, le perfectionnisme est omniprésent dans cette épreuve.

Evaluation du schéma corporel

- **Latéralité et espace corporel : localisation perceptive et perceptivo-symbolique.**

Item 1 : Pointer les parties du corps nommées par le psychomotricien :

Inès pointe aisément sur elle et sur autrui, les parties du corps demandées. La connaissance droite/gauche ainsi que la réversibilité sont également acquises.

Item 2 : Pointer la zone du corps stimulée :

Inès pointe correctement l'ensemble des zones stimulées les yeux fermés, sa perception et sa localisation sont efficaces.

Cependant cette épreuve paraît anxiogène pour elle, garder les yeux fermés est difficile dès qu'elle ressent mon approche, je suis obligée de lui rappeler de bien les garder fermés. Cette attitude pourrait traduire un manque de confiance à l'approche de l'autre ou encore une difficulté à se centrer sur soi ou à baisser sa vigilance par rapport à l'environnement extérieur.

- **Imitation de deux postures en réel :**

Inès se met à rire en me voyant adopter la première posture qui lui permet de se détendre un peu. Elle arrive à la reproduire spontanément en réel. Cependant elle montre plus de difficultés pour la posture 2 avec une inversion dans la position des bras ainsi qu'une erreur de positionnement : le bras du côté de la jambe replié est placé de la même façon que celui qui doit lui être opposé et l'autre bras au lieu d'être tendu et replié en angle droit main vers le bas. Ces erreurs peuvent être dues à une diminution de l'attention ou alors à un manque de stratégie bien établie pour réaliser ce type de posture.

- **Reproduction de deux postures par mémoire proprioceptive :**

Inès réalise facilement en mémoire les deux postures proposées, ses mouvements sont précis et justes, témoignant d'une bonne mémorisation corporelle des postures qui restent cependant assez simples à réaliser.

- **Epreuves issues du Lincoln Ozeretsky**

Equilibre sur la pointe des pieds (items 34) :

Inès arrive à tenir en équilibre 5 secondes sur la pointe du pied droit et 3 secondes pour le pied gauche au 2^{ème} essai. Elle perd l'équilibre rapidement. Cette épreuve s'avère difficile pour elle qui d'ailleurs le verbalise. Elle paraît très tendue et serre fort son pouce à l'intérieur de sa main droite, ici l'hypertonie est préférée comme tentative d'ajustement postural. Ce défaut d'équilibre pourrait peut être s'expliquer par une fonte musculaire importante, son hypertonie ou encore par un défaut d'intégration sensorielles (sensorimotrice, visuelle, vestibulaire...) rendant difficile l'adaptation corporelle.

Equilibre sur un pied les yeux fermés (item 32)

Elle arrive à tenir 5 secondes sur le pied droit et 10 secondes sur le gauche. Cependant elle a du mal à garder les yeux fermés et reste là aussi très contractée avec le pouce serré dans sa main. Elle montre là aussi des difficultés à s'adapter à la contrainte.

Lancer de balle sur une cible (item 22)

Inès réussit 1 essai / 5 de la main droite ainsi que pour la main gauche. Face à l'échec d'un essai sur l'autre, elle n'arrive pas à ajuster sa posture ni son mouvement pour atteindre la cible, la balle tape soit au dessus sous en dessous. Elle essaie de doser différemment la force de son lancer mais ici même constat, soit la force est trop faiblement dosée soit à l'inverse trop importante. Inès présente également des difficultés pour rattraper la balle, elle n'anticipe pas son action sur le plan postural. L'adaptation dynamique est là aussi difficile.

Evaluation de l'hyperactivité

- **Retranscription des réponses de l'équipe de soin au questionnaire.**

J'ai pu rencontrer une infirmière pour proposer le questionnaire. Elle ne sait pas si Inès pratiquait un sport avant l'hospitalisation cependant elle souligne qu'Inès était très investie dans les tâches du quotidien (rangement, ménage, préparation des repas et comptabilité) en plus de ses cours au lycée.

Inès présentait notamment un début de son hospitalisation une activité importante préférant la station debout à assis et lors des temps assis elle se mettait en tension (pieds en suspension). Actuellement elle le fait moins. Au début de son hospitalisation l'équipe a également remarqué la présence d'une fatigue chronique qui a duré 4 mois environ, Inès était hypertendue avec une agitation nocturne mais en diminution depuis quelques temps. L'équipe n'a pas remarqué qu'Inès augmentait son activité physique avant ou après les repas mais pendant les repas c'est le cas, (se lève, prend des postures couteuses en énergie, s'agite sur sa chaise). L'équipe relève également qu'Inès s'occupe beaucoup intellectuellement lors des temps de repos en chambre (mots croisés...) et ne soupçonne pas qu'elle se dépense en cachette. Lors de ces temps de repos obligatoires d'Inès, l'équipe repère une irritabilité du fait de la contrainte de rester en chambre, cependant elle ne montre pas d'opposition massive.

Concernant les activités qui lui ont été proposées, elle refusait tout, dont la relaxation, et il fallait la pousser pour qu'elle y participe ; maintenant elle a fait la demande de participer à l'atelier cuisine et à l'atelier danse mais elle ne peut pas encore y participer car son poids est trop faible.

- **Observations relatives à l'hyperactivité :**

Inès au cours du bilan n'a pas présenté de signe d'hyperactivité motrice ; en revanche on la sent en tension musculaire permanente. Lors des épreuves au bureau, son allure générale est marquée par la rigidité.

Evaluation du tonus

- **Epreuve de mobilisation passive des membres**

Inès se plie volontiers à l'exercice mais préfère garder les yeux ouverts, traduisant peut être une volonté de garder le contrôle sur son environnement. Lors de la mobilisation passive des bras et jambes, je constate qu'elle a des difficultés à se détendre ; elle accompagne le mouvement notamment au niveau des bras. Je suis surprise par la légèreté de ses membres et surprise par ce que cette manipulation a induit chez moi, à savoir très couteuse en énergie. A la fin de la mobilisation j'ai eu des difficultés à reprendre mon souffle, pourtant c'est un exercice auquel j'ai été confronté à plusieurs reprises au cours de mes stages. Probablement que cette réaction émotionnelle est due à la manipulation de ce corps que je découvre plus maigre que je ne pensais car il était auparavant masqué par des vêtements amples.

- **Epreuve du ballant**

Inès n'arrive pas, là aussi, à se relâcher du premier coup ; je relève alors la présence de paratonies, puis elle arrive à se relâcher lorsque je renouvèle la manœuvre.

Autres observations

Ce qui m'interpelle de façon très personnelle chez Inès c'est sa façon de se plier très facilement à ce qui lui ai demandé sans appréhension apparente au travers son attitude très conventionnelle (vouvoiement, serre la main, remerciement avant de partir) qui contraste avec la colère qu'elle manifeste envers elle-même ou l'épreuve quand elle est mise en difficulté. Ce qui est tout aussi marquant c'est son corps qui semble vide de toute expressivité, inhabité et sous tension permanente. Et enfin son regard profond qui accroche tantôt le mien lors des épreuves au bureau quand le matériel proposé joue le rôle d'intermédiaire à la relation tantôt s'en détourne dès que nous passons aux épreuves où son corps agit ou est touché pouvant traduire un malaise interne face à l'abord direct du corps.

6) Conclusion du bilan

Les résultats des tests ainsi que les observations cliniques ont pu mettre en évidence la présence de troubles avérés ainsi que de nombreuses difficultés chez Inès. On peut alors souligner chez elle, la présence d'une alexithymie ainsi qu'un trouble de l'image du corps qui se retrouve tant au niveau perceptif, subjectif, que comportemental. On retrouve également une tendance à la persévération, un perfectionnisme marqué et une insatisfaction face à l'échec.

On note des difficultés en équilibre statique et lorsqu'il s'agit de mettre son corps en action. On relève également une hypertonie de fond et d'action chez Inès retrouvées lors des mises en situation dynamiques et statiques. L'accès à un état de détente est très difficile, le contrôle du corps prédomine chez Inès (yeux ouverts, accompagnement du mouvement lors des mobilisations passives, perfectionnisme, crispation des mains).

Aucune agitation motrice n'est retrouvée au cours du bilan, mais les réponses au questionnaire révèlent cependant une volonté chez Inès de s'adonner à toutes sortes d'activités occupationnelles (mots croisés, lecture, tâches quotidiennes) comme pour s'empêcher de penser à autre chose (sa maladie ?).

Compte tenu des difficultés et des troubles que ce bilan a mis en évidence, une prise en charge psychomotrice pour Inès est préconisée. Elle pourrait s'axer sur :

- La reconnaissance et la verbalisation de ses émotions.
- L'expression corporelle, les communications non verbales
- La prise de conscience du corps dans ses surfaces limitantes, se réapproprier son corps dans une perception plus objective de celui-ci
- l'accès à une détente corporelle et psychique
- l'amélioration de la perception du corps en action
- La flexibilité mentale et l'indulgence envers soi même

7) Discussion

Ce bilan destiné aux adolescents(es) anorexique est né à partir du constat d'un manque de références dans le domaine.

Au travers ce bilan psychomoteur nous avons voulu établir une base d'évaluation spécifique à l'anorexie mentale la plus complète possible cherchant à caractériser la symptomatologie, en y intégrant des données cliniques et métriques. L'idée étant de proposer une trame d'évaluation qui pourrait aiguiller par la suite le psychomotricien dans sa future prise en charge du patient avec également la volonté d'une transmission de l'analyse du bilan aux autres membres de l'équipe pour mieux appréhender le travail auprès de ces patientes.

Ce bilan n'a pas pour objectif d'exister en temps qu'outil d'évaluation validé, mais plutôt d'apporter une autre vision de ce que pourrait être l'évaluation psychomotrice de l'anorexie mentale, évaluation qui repose jusqu'à ce jour sur la seule et unique proposition d'Odile Gaucher-Hamoudi.

Plusieurs limites sont opposables à ce bilan. Tout d'abord il est destiné à un public adolescent, aussi, il aurait été intéressant de réfléchir à une adaptation pour un public adulte, ce qui aurait nécessité de se pencher sur les spécificités du trouble à cette autre période de la vie. L'adaptation du bilan est aussi nécessaire au risque de fatiguer le sujet trop dénutri et d'obtenir des résultats ou des observations difficilement interprétables.

Au vue de ces contraintes, ce bilan est non exhaustif et mériterait d'intégrer l'évaluation de l'aspect sensoriel, somesthésique, le sujet n'étant souvent plus à l'écoute des messages corporels autres que ceux poussés à l'extrême (recherche de douleurs stomacale due à la sensation de faim, et/ou de douleur lors de l'effort physique).

Il aurait également été pertinent de faire passer ce bilan à différentes adolescentes pour voir si des similarités sont retrouvées d'une patiente à l'autre, en fonction de l'histoire de la maladie ou sur le plan physique du BMI du sujet ; dans ce cas là, cela aurait peut être permis d'apporter une légitimité supplémentaire à cet outil.

Enfin, compte tenu de l'emploi de temps d'Inès, il aurait été intéressant de l'évaluer sur l'intégralité du bilan d'Odile Gaucher- Hamoudi afin de comparer nos deux approches de bilans et constater d'éventuelles similitudes ou différences de façon à proposer d'autres ajustements.

CONCLUSION

Ce mémoire en explorant d'un point de vue théorique l'anorexie mentale et l'intervention psychomotrice découlant d'une proposition d'évaluation a permis de mettre en évidence la légitimité et la diversité de l'intervention psychomotrice dans cette pathologie.

C'est dans cette optique que ce mémoire tente de proposer un bilan psychomoteur spécifique aux caractéristiques de ce trouble compte tenu que toute prise en charge nécessite au préalable une évaluation complète du patient afin de pouvoir poser les bases d'un projet thérapeutique adapté.

Aussi, ce mémoire se veut novateur car en présentant un autre point de vu sur le contenu du seul bilan publié à ce jour par la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi il ouvre une nouvelle piste d'évaluation issue d'une réflexion et des recherches sur cette pathologie. Cette proposition d'évaluation de l'anorexie mentale vise à pallier un manque initial et à ouvrir d'autres pistes de réflexions d'évaluation psychomotrice chez le lecteur.

Enfin ce bilan a été illustré par un unique cas clinique, mais il reste à le proposer à plus de patientes. Quant aux troubles du comportement alimentaire, il reste à envisager la diversité des pratiques et leur validation, mais ce thème est l'objet d'un autre mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ALVIN P. (2007). *Anorexie et boulimie à l'adolescence*. 3^{ème} édition. Collection conduites. Rueil-Malmaison : Doin.

BOURCET S., TYRODE Y., RASCLE C. (2001). *Les troubles de l'adolescence*. Collection vivre et comprendre. Paris : Ellipse.

CARROT G., FAURY T., GAUCHER-HAMOUDI O. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité*. Paris : Heure De France.

CHABROL H. (2007). *Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Collection troubles du développement psychologique et des apprentissages. Marseille : Solal

CORCOS M. (2005). *Le corps insoumis, psychopathologie des troubles alimentaires*. Collection Psychismes. Paris : Dunod

GUILLEMOT A., LAXENAIRE M. (2000). *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture*. 2^{ème} édition .Collection médecine et psychologie. Paris : Masson

M.BERG K. DERMOT J.H. JAMES A. MCSHERRY .J. et al. (2005). *Les troubles du comportement alimentaire*. 1^{ère} édition. Bruxelles : De Boeck.

POTEL C. (2006). *Corps brulant, corps adolescent des thérapies à médiation corporelles pour les adolescents*. Toulouse : Eres.

RICHARD B. (1996). *Parcours thérapeutique d'une anorexique mentale*. Paris : Expansion Scientifique Française.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011). *Manuel d'enseignement en psychomotricité*. Collection psychomotricité. Marseille : Solal

SHANKLAND R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Collection Les Topos. Paris : Dunod

VINCENT T. (2002). *La jeune fille et la mort, soigner les anorexies graves*. Collection Hypothèses. Toulouse : Erès.

W.PIREYRE E. (2011). *Clinique de l'image du corps, de la pratique aux concepts*. Paris: Dunod

Mémoires et Thèses:

CSERJESI R. (2008). *Affect, cognition, awareness and behavior in eating disorders, comparison between obesity and anorexia nervosa*. University of Pecs Medical School, Physiology Theoretical Medical Sciences.

FAUR-GUYON G. (2006). *Un trouble de l'image du corps*. Mémoire en vue du diplôme de Thérapies Comportementales et Cognitives. Université Paul Sabatier : Toulouse III.

FIALON-VAN-MAELE S. (2004). *Conscience du trouble et anorexie mentale : évaluation quantitative et recherche de variations selon différents critères cliniques*. Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine. Université Victor Segalen UFR des sciences médicales : Bordeaux II. 3008.

TARDY M. (2007). *Etude de cas témoins de l'alexithymie auprès de 66 adolescentes anorexiques et leurs parents*. Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine : Médecine spécialisée Clinique. Université Paul Sabatier : Toulouse III. 1503.

VAISSIERE M. (2004). *Troubles du comportement alimentaire et médecine générale*. Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine Générale : Université Paul Sabatier : Toulouse III. 1057.

VAN DE MOORTELE V. (1996). *Trouble de la connaissance du corps et de la localisation des segments corporels chez les cérébrolésés*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricienne. Université Paul Sabatier : Toulouse III.

Articles :

CALLAHAN S., ROUSSEAU A., KNOTTER V et al. (2003). *Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents*. L'Encéphale. XXIX : p 239-247, cahier 1.

CORCOS M., AGMAN A., BOCHEREAU D et al. (2002). *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence*. Encyclopédie Médico-chirurgicale. 37-215-B-65.

CORCOS M., DUPONT M-E. (2007). *Approche psychanalytique de l'anorexie mentale*. Nutrition clinique et métabolisme. N° 21 p 190-200.

FRIAS I., TESTART M-L. BRIGOT M-N et al. (2007). *Le corps anorexique comme lieu d'expression d'une souffrance familiale*. L'Evolution Psychiatrique. N° 75 p 239-247.

GODART N., BLANCHET C., LYON I et al. (2009). *Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence*. Endocrinologie-Nutrition. 10-308-D-10.

GUARDIA D., LAFARGUE G., THOMAS P., et al. (2010). *Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa*. Neuropsychologia 48. 3961-3966.

KOHL.M, FOULON.C, GUELFY. J-D. (2004). *Aspects comportementaux et biologiques de l'hyperactivité dans l'anorexie mentale*. L'Encéphale. XXX, 492-9

SUCHAN B., BUSH M., BUSCH D., et al. (2010). *Reduction of grey matter density in the extrastriate body area in women with anorexia nervosa*. Behavioural Brain Research 206. 63-67.

Cours :

GARRIDO C. *Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence*. Cours de psychiatrie de 2^{ème} année à l'institut de formation de psychomotricité de Toulouse.

Sites internet :

www.anorexieboulimie.fr/version_fr/historique.html

www.has-sante.fr

www.Sante.infoboite.com

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : TAS-20

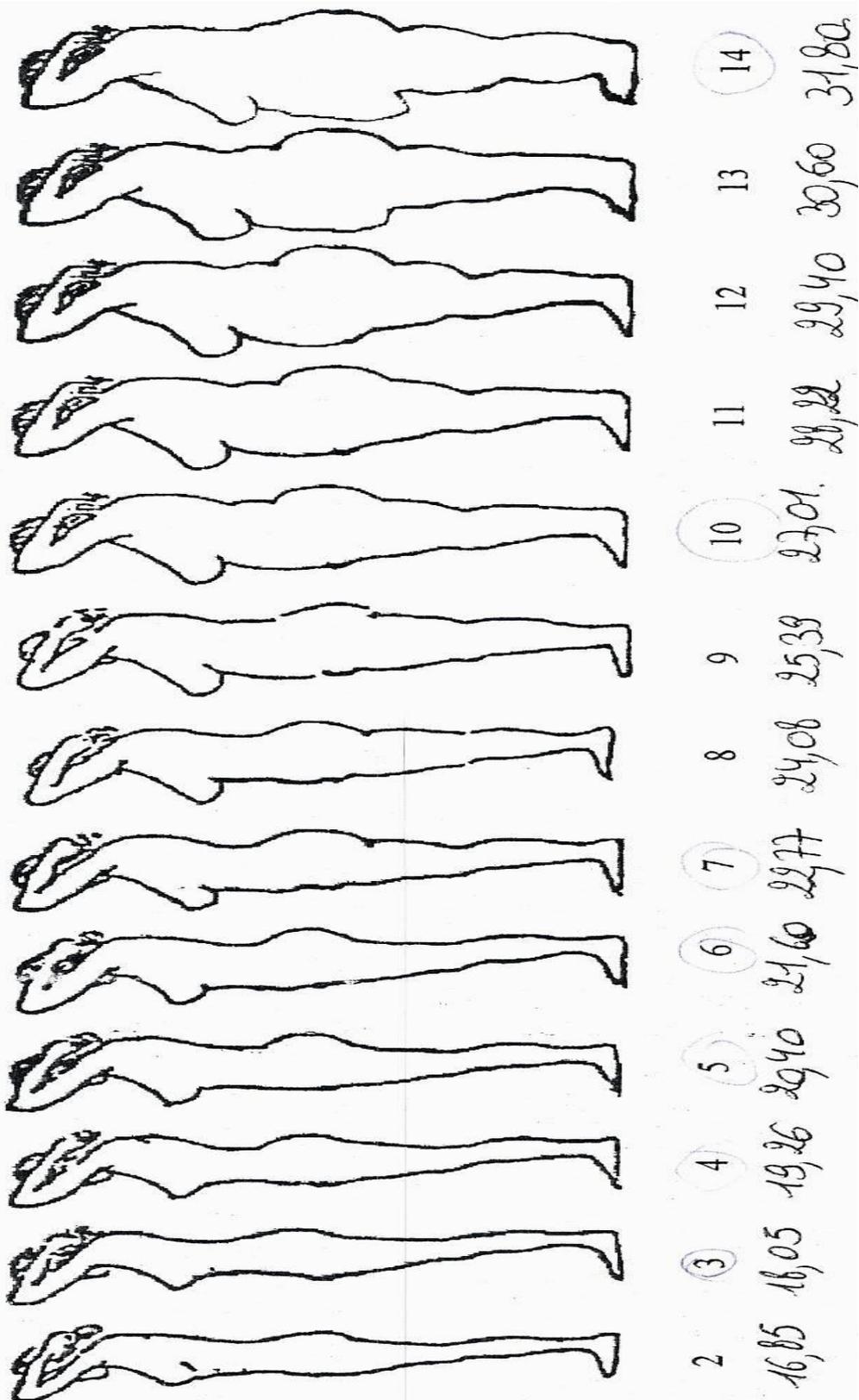
ANNEXE 2 : Silhouettes de Mouchés

ANNEXE 3 : Questionnaire d'évaluation de l'hyperactivité à destination de l'équipe de soin

ANNEXE 1 : TAS-20

	Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni accord Ni désaccord	Accord relatif	Accord complet
1-Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
2-J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
3-J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>				
4-J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
5-Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>				
6-Quand je suis bouleversée je ne sais pas si je suis triste, effrayée, ou en colère.	<input type="checkbox"/>				
7-Je suis souvent intriguée par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>				
8-Je préfère simplement laisser les choses se produire, plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input type="checkbox"/>				
9-J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input type="checkbox"/>				
10-Etre conscient de ses émotions est essentiel.	<input type="checkbox"/>				
11-Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.	<input type="checkbox"/>				
12-On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>				
13-Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	<input type="checkbox"/>				
14-Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	<input type="checkbox"/>				
15-Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	<input type="checkbox"/>				
16-Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.	<input type="checkbox"/>				
17-Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.	<input type="checkbox"/>				
18-Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.	<input type="checkbox"/>				
19-Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.	<input type="checkbox"/>				
20-Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	<input type="checkbox"/>				

ANNEXE 2 : Silhouettes de Mouchés



ANNEXE 3 :

Questionnaire d'évaluation de l'hyperactivité à destination de l'équipe de soin

Informations relative au patient :

NOM :

Date d'admission dans le service :

PRENOM :

AGE :

Savez-vous si le/ la patiente pratiquait un sport avant l'hospitalisation ? Oui Non

Si oui lequel ?

Combien d'heure par semaine était-il pratiqué? Moins de 2H 3h 4h 6h ou plus

Avez- vous remarqué la présence d'une activité permanente chez le/la patiente lors des temps collectif du service ? Oui Non

Si oui comment se traduit-elle ? Marche Position debout préférée à assis Gainage

Autre

Avez-vous remarqué une fatigue chronique chez le/la patiente ? Oui Non

Avez-vous constaté une augmentation de l'activité physique chez le/la patiente avant ou après les temps de repas ? Oui Non

Lors des temps de repos contraints en chambre avez-vous remarqué la présence d'une irritabilité et/ou d'une anxiété chez le/la patiente ? Oui Non

Soupçonnez-vous la pratique d'une activité physique en cachette lors de ces temps de repos ? Oui Non

Quelles sont les activités proposées que le/la patiente souhaite faire ?

Ce mémoire a été supervisé par Michel Santamaria, psychomotricien :

Résumé :

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire qui se déclare principalement à l'adolescence. Ce trouble dont la symptomatologie est complexe et variée a des conséquences délétères sur le sujet où l'importance de la problématique du lien corps/psychisme est au premier plan. Notre questionnement sur la place de la pratique psychomotrice dans le soin proposé trouve son point de départ dans l'évaluation, au travers du bilan psychomoteur.

Ce mémoire a dans un premier temps pour objet d'expliquer «pourquoi» et « comment », le psychomotricien va pouvoir au travers de sa pratique professionnelle, participer à la prise en charge plurifocale de ce trouble et, dans un second temps de présenter une proposition d'un bilan psychomoteur destiné à cette population s'appuyant sur la seule référence publiée, celle du bilan de la psychomotricienne Odile Gaucher-Hamoudi.

Mots-clés : Anorexie Mentale; Adolescence ; Problématique corps/psychisme ; Bilan psychomoteur.

Abstract :

Anorexia Nervosa is an eating disorder which principally appears during teenage hood. This disorder, in which the importance of the mind-body problematic is at the forefront and whose symptomatology is varied and complex, has deleterious consequences on the subject. Our questioning of the role of psychomotricity in the care provided finds its starting point in the subject's evaluation during the psychomotor assessment.

Firstly, this dissertation intends to explain “why” and “how” the psychomotrician, through his work, handles this multifocal disorder. Then it shall present a proposal for a psychomotor assessment for this population based on the only published assessment reference - that of the psychomotrician, Odile Gaucher-Hamoudi.

Key words: Anorexia Nervosa; Teenage Hood; Body/mind problematic; Psychomotor assessment.