



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les soins à médiation multi-sensorielle dans l'anorexie mentale : de
l'intérêt des stimulations olfactives dans la remémoration de
souvenirs autobiographiques, combinées à un enveloppement
multi-sensoriel**

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2018 à 16 heures
au Pôle Formation
Par Sophie Goulet de Rugy

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Frédéric Gottrand

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Vincent Dodin

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CIM10 : Classification Internationale des Maladies – 10^e édition

DSM5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – 5^e édition

ECG : Electrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

SMMS : Soins à Médiation Multi-Sensorielle

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	1
1 DONNEES ACTUELLES SUR L'ANOREXIE MENTALE.....	3
1.1 SEMIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE ET CLASSIFICATIONS	3
1.1.1 Nosographie	3
1.1.2 Sémiologie.....	5
1.1.3 Vignettes cliniques	7
1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	14
1.2.1 Prévalence et incidence	14
1.2.2 Devenir, morbidité et mortalité	16
1.2.3 Comorbidités psychiatriques	18
1.3 ETIOPATHOGENIE, UN MODELE PLURIFACTORIEL ET COMPLEXE	19
1.3.1 Facteurs de vulnérabilité	20
1.3.2 Facteurs déclenchants.....	22
1.3.3 Facteurs pérennisants	23
1.3.4 Synthèse	24
1.4 DONNEES ACTUELLES SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE.....	25
1.4.1 Généralités.....	25
1.4.2 L'organisation des soins : articulation des différents espaces-temps.....	26
1.4.3 Les soins somatiques et la renutrition	27
1.4.4 Les soins psychothérapeutiques	28
1.4.5 Les soins psychocorporels.....	29
1.5 SYNTHÈSE.....	31
2 ENVELOPPEMENT, REMEMORATION ET MEDIATION OLFACTIVE.....	34
2.1 CORPS, ADOLESCENCE ET ANOREXIE MENTALE	34
2.1.1 La difficulté d'être soi	34

2.1.2	Les transformations corporelles à l'adolescence.....	39
2.1.3	Les représentations du corps dans l'anorexie mentale : apport des neurosciences	52
2.1.4	Synthèse	56
2.2	ENVELOPPEMENTS THERAPEUTIQUES ET ANOREXIE MENTALE.....	57
2.2.1	Les médiations corporelles.....	57
2.2.2	L'enveloppement thérapeutique	61
2.2.3	Synthèse	64
2.3	FONCTIONS DE LA REMEMORATION DANS L'ANOREXIE MENTALE.....	65
2.3.1	Abord psychodynamique.....	65
2.3.2	De l'histoire individuelle à l'histoire transgénérationnelle	69
2.3.3	Mémoire autobiographique et anorexie mentale	72
2.3.4	Synthèse	79
2.4	LA MEDIATION OLFACTIVE COMME SUPPORT A LA REMEMORATION	80
2.4.1	Olfaction, mémoire et émotions	80
2.4.2	Le « phénomène Proust »	83
2.4.3	Exemples de médiation olfactive dans l'anorexie mentale	86
3	LES SOINS A MEDIATION MULTI-SENSORIELLE.....	88
3.1	PRESENTATION DES SOINS A MEDIATION MULTI-SENSORIELLE.....	88
3.1.1	Définition	88
3.1.2	Hypothèse principale et objectifs	88
3.1.3	Description	88
3.2	EXEMPLE CLINIQUE : MARIE.....	93
3.2.1	Présentation clinique	93
3.2.2	Déroulement des séances	96
3.2.3	Commentaires.....	103
	CONCLUSION	107
	BIBLIOGRAPHIE	109

ANNEXES	119
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE SELON LA CIM-10.....	119
ANNEXE 2 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE SELON LE DSM-5	120
ANNEXE 3 : CRITERES D'HOSPITALISATION SELON LES RECOMMANDATIONS HAS DE 2010	121
ANNEXE 4 : EXTRAIT DE DU COTE DE CHEZ SWANN	123

RESUME

Cette thèse développe l'idée que l'un des aspects de la psychopathologie de l'anorexie mentale est la manifestation d'un besoin de maîtrise du temps. Au travers des symptômes, les patients semblent figer le temps, et avec lui les angoisses induites par son écoulement. Par cette illusion qui s'incarne corporellement, ces sujets qui ont en commun une grande insécurité, tentent de garder un rôle actif sur ce qui représente une menace pour leur sentiment d'identité et d'existence. Peu à peu, ils s'enferment dans une rythmicité mortifère, dévitalisée, faite de répétitions, d'obsessions et de ritualisations, mais qui semble maintenir un certain équilibre sans lequel ils risqueraient de s'effondrer. Paradoxalement, c'est le maintien de cet équilibre qui peut les conduire à la mort.

Les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) proposent un espace thérapeutique particulier dont l'objet principal est la remémoration de souvenirs autobiographiques à l'aide de stimulations olfactives. La mémoire, les émotions et l'olfaction sont étroitement connectées. Les odeurs ont un pouvoir d'évocation des souvenirs connu depuis longtemps. La réévocation de souvenirs oubliés ou évités, agréables ou douloureux, dans un espace protégé, vise à remobiliser le sujet dans son rapport à son histoire et à lui permettre de se réinscrire dans une continuité temporelle qui lie passé, présent et avenir. Pour que cette confrontation à sa vie intérieure et à ses émotions soit possible et non traumatique, il est nécessaire d'aménager l'espace psychothérapeutique de manière suffisamment contenante. C'est pourquoi les SMMS adjoignent à la médiation olfactive un enveloppement corporel chaud, à l'aide de serviettes et de couvertures, la présence bienveillante de plusieurs soignants et une réflexion sur le cadre institutionnel. Loin d'être un manuel, cette thèse se veut d'avantage être

une réflexion vivante et personnelle sur une modalité thérapeutique particulière qui s'inscrit dans l'histoire du service dont elle est issue.

INTRODUCTION

Cette thèse développe l'idée que l'un des aspects de la psychopathologie de l'anorexie mentale est la manifestation d'un besoin de maîtrise du temps (1). Au travers des symptômes, les patients semblent figer le temps, et avec lui les angoisses induites par son écoulement. Par cette illusion, qui s'incarne corporellement, ils tentent de garder un rôle actif sur ce qui représente une menace pour leur sentiment d'identité et d'existence. Peu à peu, ils s'enferment dans une rythmicité mortifère, dévitalisée, faite de répétitions et de ritualisations, mais qui semble maintenir un certain équilibre sans lequel ils risqueraient de s'effondrer. Paradoxalement, c'est le maintien de cet équilibre qui peut les conduire à la mort.

L'anorexie mentale est un trouble complexe dont la prise en charge est longue et difficile. Elle est l'un des troubles psychiatriques qui a le taux de mortalité le plus élevé (2). Les modèles actuels s'accordent sur sa plurifactorialité, à la fois biologique, psychologique et environnementale. Les patients ont en commun une insécurité fondamentale qui les rend dépendants des autres, dans une mise en tension entre leur sentiment d'existence en tant qu'être singulier et leur lien aux autres (3). Se nourrir de l'autre ne semble pouvoir se faire qu'au prix d'une perte de soi. Se défaire du passé, même lorsque celui-ci est marqué par des événements douloureux, représente une menace fondamentale pour le soi.

Ce paradoxe, développé en particulier par Philippe Jeammet, nécessite que l'on aménage les espaces psychothérapeutiques afin de les rendre plus tolérables. Pour beaucoup de patients, les confronter sans aménagement à leur histoire et leur vie intérieure est susceptible d'être traumatique et de les renvoyer à un sentiment d'impuissance et de passivité insupportables (*ibid*). Pour se défendre, le sujet se réfugiera dans l'agir, soit en renforçant les troubles des conduites alimentaires, soit en interrompant les soins. Il est donc nécessaire, écrit P. Jeammet,

de recréer dans la réalité externe un jeu possible, en proposant des possibilités d'investissements différenciés, grâce à la multiplicité et la diversité des personnes présentes.

Inspirés de l'olfactothérapie, les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) ont été développés par l'équipe du service de psychiatrie pour adultes de l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille. Par la pluralité des intervenants, la concrétude et la douceur d'un enveloppement corporel chaud et l'utilisation d'une médiation, ils visent à créer un espace de sécurité sur lequel le patient peut s'appuyer pour ré-explore son histoire. L'une des propriétés principales de la médiation olfactive est son pouvoir d'évocation de souvenirs colorés émotionnellement. Celle-ci est en partie liée au partage de réseaux cérébraux communs entre olfaction, mémoire et émotions (4).

L'hypothèse principale de ce travail est que l'aménagement d'un espace psychothérapeutique particulier, les SMMS, peut permettre au patient de ré-explore son histoire en sécurité, d'y réintroduire du sens et des émotions, afin, peu à peu, de réinvestir une temporalité vivante qui noue passé, présent et avenir.

Dans une première partie, j'exposerai la sémiologie et les grands principes de prise en charge de l'anorexie mentale, afin d'inscrire les SMMS dans une perspective thérapeutique plus globale. Puis, j'en présenterai les hypothèses et leurs fondements théoriques. Enfin, je développerai les modalités des SMMS et terminerai en les illustrant par une vignette clinique. Loin d'être un manuel d'utilisation, cette thèse se veut d'avantage être une réflexion personnelle et vivante sur une modalité thérapeutique particulière, qui tire son originalité et sa cohérence de sa mise en perspective avec l'histoire du service dont elle est issue.

1 DONNEES ACTUELLES SUR L'ANOREXIE MENTALE

1.1 Sémiologie de l'anorexie mentale et classifications

1.1.1 Nosographie

L'anorexie mentale fait partie des troubles des conduites alimentaires (TCA), aux côtés, entre autres, de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique. Deux classifications internationales sont actuellement en vigueur pour en définir les critères diagnostiques (2): la Classification Internationale des Maladies – 10^e édition (CIM-10) (5) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – 5^e édition (DSM-5) (6). Ces critères sont présentés respectivement dans les annexes 1 et 2. Tandis que la CIM-10 fait souvent office de référence en France pour la cotation des actes dans les hôpitaux, le DSM-5 est d'avantage utilisé en recherche clinique internationale (7). Ces classifications sont régulièrement révisées afin d'intégrer les évolutions de la recherche scientifique, des connaissances cliniques et des modifications paradigmatiques concernant l'appréhension des troubles mentaux. Dans la dernière édition parue en 2013, l'un des objectifs principaux concernant les TCA était de réduire le nombre de patients recevant le diagnostic de troubles « non spécifiés » (8,9). Selon les études épidémiologiques, ceux-ci représentaient en effet jusqu'à 60% des patients pris en charge dans les unités spécialisées (8). Trois modifications principales ont été introduites pour le diagnostic d'anorexie mentale : un élargissement du critère de perte de poids (« restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids *significativement bas* compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique »), un abandon du critère d'aménorrhée, et un élargissement du critère de la peur de grossir aux « comportements persistants interférant avec la prise de poids » (6). Le DSM-5 a également introduit des critères de spécification de la sévérité en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC), et des critères de spécification du stade de rémission (*cf* annexe 2). Ces changements ne sont pas sans impact, notamment sur les études épidémiologiques.

Les différents types de troubles tels qu'ils figurent dans le DSM-5 sont résumés dans la figure 1 (extraite de Voyer *et al* (10)).

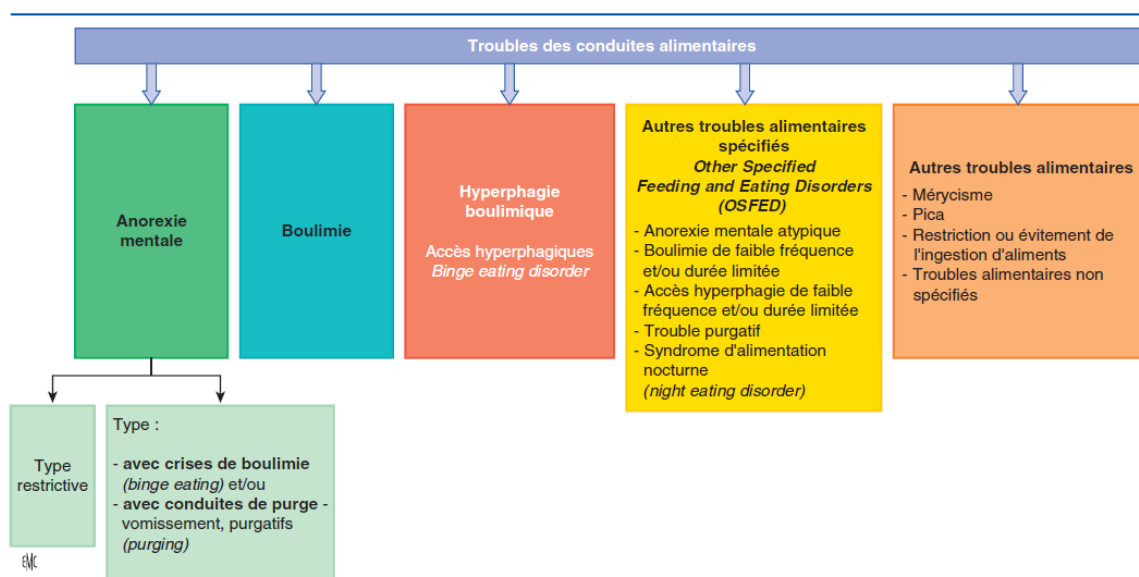


Figure 1 : classification des troubles des conduites alimentaires. (Reproduit depuis Voyer *et al.* (7))

Il existe une certaine porosité des frontières entre les différentes catégories nosographiques. En effet, les formes partielles, c'est-à-dire ne répondant pas à l'intégralité des critères définis, s'inscrivent dans une certaine continuité vis-à-vis des formes complètes. Leur fréquence pourrait représenter près du double de celle des formes complètes et elles seraient associées aux mêmes complications et comorbidités (9,10). En outre, il existe une continuité entre les formes infracliniques et cliniques. La différence classiquement admise entre les deux entités est la dimension de souffrance et d'altération significative du fonctionnement social (11). Cette notion est particulièrement délicate dans les TCA, souvent marqués par un déni important. L'HAS souligne par ailleurs le risque de retard diagnostique et pour la prise en charge que pourraient induire des critères diagnostiques trop exigeants (2). Les formes infracliniques auraient une prévalence 5 à 10 fois plus élevée que les formes cliniques complètes (12). Roux *et al* soulignent toutefois la variabilité des définitions des formes infracliniques d'une étude à l'autre (13).

Enfin, le diagnostic peut être instable au cours du temps. Plus de la moitié des patientes anorexiques restrictives pures présenteront des conduites boulimiques et/ou de purge (10). La trajectoire inverse est moins fréquente, mais possible.

Dans ce travail, je me centrerai sur la prise en charge de l'anorexie mentale, tout en ayant à l'esprit la relative continuité qui existe entre les différentes formes de troubles des conduites alimentaires.

1.1.2 Sémiologie

Le diagnostic d'anorexie mentale est avant tout clinique. Il repose classiquement sur l'association d'un amaigrissement (ou d'une absence de prise de poids à une période où celle-ci est attendue), d'une anorexie et d'une aménorrhée (2). L'anorexie se réfère à des conduites actives de restriction alimentaire, qualitative et quantitative, à une lutte contre la faim et non à une perte d'appétit (7). Elle s'accompagne généralement d'un sentiment de réassurance initiale, voire d'une euphorie, et donne lieu à des ritualisations et des règles inflexibles face à l'alimentation (décompte de calories avec une limite imposée à ne pas dépasser, éviction des aliments jugés « gras », tri etc). Ces conduites de restriction alimentaire aboutissent plus ou moins rapidement à une perte de poids. Celle-ci est généralement banalisée et l'HAS précise qu'une absence de plainte ou une réaction inappropriée du patient à l'annonce de la nécessité de reprendre du poids constitue un signe quasi pathognomonique du trouble (2). D'autres stratégies de contrôle du poids doivent également être recherchées à l'anamnèse : conduites de vomissements provoqués et prises de purgatifs (ce qui caractérise le sous-type d'anorexie avec conduites de purge), potomanie, hyperactivité physique, expositions au froid (7). L'aménorrhée, bien que n'étant plus un critère obligatoire au diagnostic dans le DSM-5, reste un signe pertinent cliniquement. Elle peut coïncider avec le début des troubles, mais aussi le précéder ou le suivre. Elle traduit un hypogonadisme d'origine centrale qui peut résulter de facteurs étiologiques intriqués, organiques (en lien avec la perte de poids et/ou l'hyperactivité physique) et psychiques (14). D'autres signes sont fréquemment associés à la triade

caractéristique « anorexie-amaigrissement-aménorrhée », en particulier des troubles de l'image corporelle (signe quasi constant) (10), une altération de la conscience du trouble et de ses conséquences, parfois partagée par l'entourage, et des traits obsessionnels.

Les symptômes apparaissent classiquement à l'adolescence, chez les jeunes filles. L'HAS souligne l'importance d'être vigilant vis-à-vis de certains groupes à risque (les danseuses, les mannequins, les sportifs, les sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1 ou l'hypercholestérolémie familiale) (2). L'anorexie mentale masculine est moins fréquente (10% des cas traités) et présente les particularités suivantes : les formes restrictives pures sont plus rares, l'IMC initial est plus élevé, l'hyperactivité physique est plus fréquente que l'hyperinvestissement intellectuel (2). Il est probable que cette prévalence soit sous-évaluée (15). L'anorexie mentale à début tardif (au-delà de 25 ans) survient généralement après un évènement familial (deuil, mariage, grossesse) (2). Un épisode antérieur d'anorexie subsyndromique est souvent retrouvé. Enfin, la période périnatale est une période sensible pour les femmes souffrant de TCA. Elle peut aboutir à une amélioration ou au contraire une aggravation des troubles et nécessite une attention particulière (16).

À l'adolescence, l'apparition des symptômes fait souvent suite à un régime, éventuellement réactionnel à un léger surpoids prémorbide. L'amaigrissement constitue un motif fréquent de consultation initiale, mais aussi l'aménorrhée secondaire. Le psychiatre est rarement sollicité en 1ère ligne. Il s'agit le plus souvent du médecin généraliste ou du pédiatre (10).

L'HAS souligne que l'anorexie mentale est un diagnostic positif et ne doit pas être un diagnostic d'élimination (2). Les diagnostics différentiels sont à écarter mais leur recherche ne doit pas égarer le praticien et entraîner un retard de prise en charge (2). Les principaux diagnostics différentiels sont la dépression et, sur le plan somatique, les maladies intestinales (maladie de Crohn, syndrome de malabsorption), les troubles endocriniens et les tumeurs cérébrales (2,5). L'anorexie est alors une

véritable perte d'appétit et l'amaigrissement ne s'accompagnera pas d'une peur intense de reprendre du poids, ni d'une altération de l'image corporelle (10). Notons toutefois qu'il existe de véritables anorexies mentales comorbides à ces troubles, venant complexifier leur repérage et les prises en charge (17).

1.1.3 Vignettes cliniques

Les vignettes cliniques suivantes concernent deux adolescentes que j'ai rencontrées lors de leurs 1^{ères} hospitalisations dans un service de pédiatrie où j'intervenais en tant qu'interne de pédopsychiatrie de liaison. Si les descriptions cliniques de l'anorexie mentale sont anciennes, ses modalités d'expression ont évolué. Les vignettes suivantes illustrent des trajectoires actuelles et assez caractéristiques d'entrée dans les troubles. L'équipe de liaison était composée de deux pédopsychiatres et de deux internes. Deux psychologues étaient également « rattachées » au service de pédiatrie.

Agathe (*le prénom a été modifié*) est âgée de 14 ans lorsqu'elle est admise dans l'unité. L'hospitalisation en urgence est motivée par la rapidité de sa perte de poids, compliquée de malaises et de bradycardies nocturnes. Agathe n'a pas d'antécédent médical particulier, hormis un suivi orthophonique à l'âge de 6 ans pour des troubles de l'élocution et de la déglutition, qui s'étaient rapidement améliorés. Une nouvelle séance avait toutefois été nécessaire plusieurs années après.

À l'anamnèse, Agathe rapporte un début des troubles huit mois auparavant. Son poids initial, qui est le dernier poids objectivé, était alors de 60 kg (soit un IMC à 22 kg/m²), contrastant avec son poids d'entrée de 42 kg (IMC à 15,4 kg/m²). Agathe nous explique avoir voulu, à cette époque, « rééquilibrer son alimentation » en écartant tout ce qu'elle considérait comme trop gras et trop calorique. Elle avait également augmenté son activité sportive et, progressivement, diminué ses apports alimentaires. C'est au décours d'une insolation survenue lors de vacances avec sa mère, son beau-père et son demi-frère qu'Agathe dit s'être rendue compte « qu'en ne mangeant pas, je maigrissais ». Il n'y avait pas d'autre élément déclencheur repéré. Ces vacances s'étaient en effet, selon elle, bien passées. À la rentrée, Agathe

avait déménagé dans une autre ville pour aller vivre avec sa mère. Elle décrit alors un vécu de solitude qui l'a conduit à « ne plus manger », à se replier au domicile et à ne « regarder que des séries ». Sa mère l'a amenée chez le médecin traitant, qui a évoqué le diagnostic d'anorexie mentale et les a orientées vers un service spécialisé. Mais Agathe a décidé de retourner dans le Nord, chez son père. Sa mère, démunie, dit s'être sentie contrainte d'accepter, espérant que ce changement entraînerait une amélioration chez sa fille. Toutefois, son état a continué à se dégrader, ce qui contribuait à tendre les relations familiales. Suite à une dispute avec son père, Agathe a pris un couteau et a menacé de se « trancher les veines ». Son père l'en a empêchée et a décidé de dormir avec elle « pour la surveiller ». Dans les jours qui ont suivi, Agathe ne mangeait quasiment plus rien. Son père l'a alors emmenée aux urgences.

Agathe est fille unique. Ses parents se sont séparés deux ans auparavant et s'étaient mis d'accord sur un mode de garde alterné, sans qu'il n'y ait de recours à un juge. Nous n'apprendrons que peu de choses sur l'histoire du couple parental, si ce n'est que leurs relations étaient conflictuelles depuis longtemps et qu'ils s'étaient séparés à plusieurs reprises. Lorsque nous interrogeons Agathe sur cette période, elle nous dit n'avoir que peu de souvenirs, que son enfance est comme « une page blanche ». Elle nous apprend également que le couple avait eu des difficultés à avoir un enfant, qu'il y avait eu plusieurs fausses couches, ce qui avait contribué à tendre leurs relations. Un an après la séparation, la mère, qui s'était remise en couple, avait annoncé qu'elle déménagerait l'année suivante dans une autre ville. Quelques semaines plus tard, le père avait appris à Agathe qu'il était à nouveau en couple et, dans le même temps, qu'il emménageait avec sa nouvelle compagne. Le déménagement prochain de la mère remettait en question le mode de garde. N'arrivant pas à se mettre d'accord, les parents décidèrent de « laisser le choix » à Agathe. C'est dans ce contexte que les troubles alimentaires ont débuté.

L'évaluation clinique initiale retrouvait une symptomatologie évocatrice d'une anorexie restrictive pure, associant des conduites de restriction quantitative et qualitative, une volonté de perdre du poids, des

pesées pluriquotidiennes, des pensées obsédantes autour de la nourriture et un trouble de la perception corporelle. Il n'y avait pas de conduites de vomissement provoqué (Agathe nous disait « avoir essayé » mais ne pas avoir poursuivi) ni de prise de médicaments à visée purgative. Agathe rapportait une potomanie initiale à visée coupe-faim qu'elle avait arrêtée. On notait par ailleurs un fléchissement thymique, sans qu'il n'y ait d'élément en faveur d'un trouble dépressif caractérisé associé. La patiente décrivait deux épisodes de verbalisation d'idées suicidaires, d'avantage dans une volonté de mobiliser son entourage que dans une velléité suicidaire franche. Ces épisodes étaient critiqués et les projections dans l'avenir adaptées (en particulier, reprendre le collège). Enfin, elle exprimait une forte ambivalence à l'égard des troubles, également marquée par des éléments de déni.

L'examen physique initial retrouvait un acrosyndrome, une frilosité importante, un stade de Tanner à S3P3 avec une aménorrhée secondaire. Le reste de l'examen clinique, le bilan biologique et l'ECG étaient sans particularité. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un diagnostic différentiel.

La prise en charge articula renutrition, surveillance des complications somatiques (malaises et bradycardies nocturnes) et de la tolérance clinico-biologique de la reprise pondérale, et consultations pédopsychiatriques régulières. La reprise pondérale fut très rapide et étonnamment bien tolérée, la patiente « engouffrant » ses plateaux repas, demandant à sa famille de lui apporter des aliments caloriques dans le but explicite de sortir au plus vite.

Devant la stabilisation du poids à 44kg (IMC à 16kg/m²) et l'amélioration de son état somatique, une sortie fut autorisée au bout trois semaines. Lors de l'hospitalisation, Agathe avait rencontré l'équipe de liaison du service d'addictologie spécialisé dans la prise en charge des TCA. Un suivi ambulatoire fut mis en place, à raison d'une consultation par semaine avec son psychiatre référent, d'un suivi nutritionnel et d'un suivi pondéral et somatique par son médecin traitant. Trois semaines plus tard, Agathe fut à nouveau

admise dans le service de pédiatrie devant une nouvelle perte de poids. Une décision d'hospitalisation à temps complet dans un service spécialisé fut alors prise.

Eve (*le prénom est modifié*) est admise en urgence dans l'unité pour une perte de 8 kg en 2 mois, soit 15% de son poids, associée à des malaises sans perte de connaissance. Eve est une patiente de 14 ans. Elle a un frère jumeau et vit avec ses parents. Elle pratique l'équitation depuis l'âge de 3 ans, le théâtre depuis l'âge de 7 ans et a arrêté la flûte traversière quelques mois auparavant. Elle est scolarisée en 3^e, a de très bons résultats et décrit une bonne intégration parmi les pairs. Ses antécédents médicaux sont marqués par la découverte d'une cardiopathie congénitale à deux jours de vie. À l'âge de 15 jours, elle est hospitalisée pendant trois semaines, puis un suivi ambulatoire se met en place, associant une surveillance régulière et la prise d'un traitement médicamenteux. À l'âge de 3,5 ans, l'échographie met en évidence une cardiomégalie, ce qui justifie d'une opération cardiaque en urgence dans un service spécialisé parisien. Depuis, Eve a des contrôles réguliers qui sont rassurants. Elle est par ailleurs suivie pour une dermatite atopique. Elle ne prend pas de traitement médicamenteux. Concernant les antécédents familiaux, la mère d'Eve m'explique souffrir d'un *burn-out* depuis 2 ans, actuellement en voie de rémission (depuis qu'elle a négocié une rupture conventionnelle).

À l'anamnèse, Eve et ses parents rapportent un début des troubles deux mois auparavant, déclenché par le décès brutal de son animal de compagnie (un lapin). Les symptômes se manifestent par une restriction qualitative (éviction de la viande rouge, puis des féculents etc), quantitative, un hyperinvestissement de la préparation des repas et des courses, associés à une volonté de perdre du poids, « je voulais perdre pour être mieux ». Son poids initial était de 52 kg (soit un IMC à 18,9 kg/m²) et la patiente s'était fixée un objectif pondéral de 46kg. Les parents décrivent également l'accentuation de traits anciens chez leur fille, en particulier une mésestime d'elle-même et une insatisfaction corporelle, se manifestant par des

difficultés à acheter des vêtements, à se montrer en maillot de bain (du fait, notamment, de la présence d'une cicatrice thoracique liée à la chirurgie cardiaque). Les parents rapportent également un hyperinvestissement scolaire, une hyperactivité physique et des traits obsessionnels anciens (perfectionnisme, recherche de contrôle, planification, intolérance à l'incertitude). Enfin, ils décrivent Eve comme une jeune fille « hypersensible » à la mort et aux séparations, ce qu'ils mettent en lien avec la maladie cardiaque. Ils avaient soigneusement choisi de lui offrir un lapin dont l'espérance de vie était longue pour qu'Eve ne soit pas confrontée à sa mort avant l'âge adulte.

Lors de la consultation, les parents décrivent l'apparition d'éléments déjà quelques mois avant le déclenchement des troubles (ou le moment repéré comme tel). Les transformations corporelles liées à la puberté avaient été difficilement acceptées par leur fille, d'autant qu'elle était a priori l'une des premières de son entourage. Elles avaient accentué son insatisfaction vis-à-vis d'elle-même et de son corps. Les vacances d'été avaient été « gâchées » par la survenue d'éruptions cutanées invalidantes et résistantes aux traitements, que le dermatologue avait attribuées à des réactions aux crèmes ou à l'irradiation solaire. Tous ces facteurs avaient contribué, selon les parents, à altérer l'humeur d'Eve, qui s'était montrée irritable et plus refermée qu'à l'habitude. C'est peu de temps après la rentrée que son lapin était décédé et que les symptômes avaient débuté.

L'évaluation clinique initiale retrouvait une symptomatologie évocatrice d'une anorexie restrictive pure (*cf supra*). Il n'y avait pas de crise de boulimie, pas de conduite de vomissement provoqué ni de purge. Eve décrivait un dégoût pour la nourriture, l'impression d'avoir « un goût dans la bouche ». Elle banalisait les troubles, mais reconnaissait toutefois être plus fatigable. L'humeur était neutre. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un trouble dépressif caractérisé ni d'idée suicidaire ou de velléité auto-agressive exprimée.

L'examen physique initial retrouvait un poids d'entrée de 44,9kg (-1DS), soit un IMC à 16,3 kg/m² (<10^e percentile), une acrocyanose, une frilosité et une aménorrhée secondaire. Le reste de l'examen clinique, l'ECG et le bilan biologique étaient sans particularité. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un diagnostic différentiel.

La prise en charge combina renutrition, surveillance de la tolérance clinico-biologique et consultations pédopsychiatriques régulières. La sortie fut possible au bout d'une semaine, après stabilisation du poids et mise en place d'un suivi ambulatoire pluridisciplinaire sur son secteur.

Commentaires

Agathe et Eve ont été hospitalisées en urgence au vu des critères de gravité somatique. Il s'agissait donc d'une première hospitalisation, non préparée, dont l'objectif premier était la stabilisation pondérale, l'évaluation des complications somatiques et la recherche d'un éventuel diagnostic différentiel. Mes interventions auprès de la patiente et ses parents consistaient à travailler l'entrée dans les soins, à évaluer la symptomatologie clinique, à rechercher d'éventuelles comorbidités et à orienter le suivi. Ce cadre thérapeutique (1^{ère} hospitalisation en urgence, non préparée, dans un service de pédiatrie) est essentiel à replacer pour mettre en perspective ces deux vignettes cliniques.

Lors des entretiens, Agathe se montrait compliant mais l'alliance thérapeutique était difficile à tisser tant avec elle qu'avec ses parents. Elle restait beaucoup en chambre, n'investissait pas les activités que proposait l'équipe et semblait attendre. Elle ne manifestait pas de motivation au changement et affichait ouvertement sa volonté de prendre du poids au plus vite pour sortir et « tout reperdre ». Durant toute l'hospitalisation, la problématique familiale fut au premier plan : désaccord parental concernant les soins, conflit de loyauté chez Agathe vis-à-vis de ses deux parents, relation d'emprise réciproque entre elle et son père, relation « fusionnelle » entre elle et sa mère. Cette dernière était d'accord avec nos propositions

thérapeutiques tandis que le père affichait une volonté de maîtrise qui le plaçait dans un rapport de force vis-à-vis de nous, soignants, et que nous n'avons pas su lever. Peut-on imaginer que pour Agathe, les troubles alimentaires venaient, entre autres, évacuer ces problématiques, en particulier comment choisir de vivre avec un des deux parents sans trahir l'autre, sans le blesser et se sentir abandonnée, comment s'éloigner sans s'effondrer ? Comment comprendre qu'il ait été si difficile pour nous de rencontrer cette patiente et de mobiliser chez elle la possibilité d'envisager d'autres issues aux conflits qui la traversaient alors probablement que par les troubles alimentaires ? Enfin, que signifiait-elle lorsqu'elle affirmait qu'elle n'avait « pas de souvenir » de son enfance ? Se refusait-elle d'accéder à ces souvenirs, de les partager ou avaient-ils disparu au profit d'un ici et maintenant rassurant ? Nous pouvons espérer que la suite des soins a permis, en jouant le rôle de tiers entre Agathe et son père, Agathe et sa mère, et entre les deux parents, d'assouplir les positions et d'ouvrir la voie à un possible changement.

L'hospitalisation d'Eve fut encore plus courte que celle d'Agathe. À l'inverse de cette dernière, Eve semblait déverser des pans de son histoire dans une forme de transparence psychique inhabituelle. Les entretiens étaient longs et Eve pleurait beaucoup. Un lien de confiance s'était facilement instauré avec les parents. J'ai choisi de présenter cette situation clinique car elle illustre bien combien ce qui se joue à l'adolescence résonne avec ce qui s'est joué dans les premiers temps de l'existence. Chez Eve, ces premiers temps ont été marqués par un climat de mort, d'insécurité et de séparation. On peut imaginer que ces facteurs ont participé à l'insécurité qui semblait l'habiter, et à sa sensibilité à la séparation, dont les parents ont cherché à la préserver. Un autre point remarquable dans cette situation est la fréquence des manifestations dermatologiques. Chez Eve, sa peau est celle qui garde la trace de ses opérations cardiaques et qu'elle n'ose montrer. Elle est également le siège de diverses manifestations psychosomatiques (dermatite atopique, éruptions invalidantes qui ont « gâché » l'été de toute la famille). Je me garderai d'interpréter ces éléments, n'ayant rencontré la patiente que brièvement et à un stade très

précoce de la prise en charge. Cela me permet toutefois d'introduire certaines caractéristiques de la peau que je développerai dans la suite de ce travail (partie 2.1.2.2) : la peau est une enveloppe qui recouvre tout le corps, elle contient, protège, et elle est en même temps une frontière entre soi et les autres. Elle relève de l'intime et de ce qui est visible. Elle porte les traces de son histoire. Chez Eve, il est possible que cette peau porte en elle les traces de la menace de mort qui est venue cohabiter avec la promesse de vie que représentait sa naissance, de l'effraction corporelle produite par l'opération cardiaque et la médicalisation des premiers soins, et de la manière dont, dans ce contexte, elle a pu être « portée » et investie par ses parents. Ces éléments sont autant d'hypothèses qui pourront servir d'appui aux soins, en particulier psychocorporels et psychothérapeutiques. On peut imaginer que pour Eve, un travail autour du corps, de la contenance, et une thérapie familiale seront des axes soutenant.

1.2 Données épidémiologiques

1.2.1 Prévalence et incidence

La recherche épidémiologique dans l'anorexie mentale est rendue difficile notamment du fait de la faible prévalence dans la population générale, associée à un faible recours aux soins (12). Celui-ci concernerait seulement 35 à 50% des personnes souffrant d'anorexie mentale (12,18).

Les études épidémiologiques les plus récentes retrouvent dans la population générale une prévalence vie entière chez les femmes variant de 1,7% à 3,6% (19). La prévalence ponctuelle est estimée entre 0,67% et 1,2%. Chez les hommes, la prévalence vie-entière et ponctuelle est estimée autour de 0,1% (20). Le taux d'incidence sur 15 ans, calculé pour la tranche d'âge 10-24 ans, est estimé à 230 cas pour 100 000 personnes-années (8). L'incidence est maximale entre 15 et 19 ans (10).

Aucune étude épidémiologique n'existe à ma connaissance en France, ni en population générale, ni en médecine générale (2). En 1991, Ledoux *et al* ont mené une étude portant sur les habitudes alimentaires chez des adolescents entre 12 et 19 ans (21). Elle s'intéressait d'avantage à la boulimie qu'à l'anorexie.

L'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée entre 2005 et 2007, évaluait la fréquence de la maigreur en population générale, à partir de mesures réalisées par des professionnels (22). La maigreur était définie par un IMC inférieur à 18,5 chez les adultes, et en fonction des courbes de croissance chez les enfants. Dans les tranches d'âge [11-14 ans], [15-17 ans] et [18-29 ans], la maigreur concernait respectivement 8,4, 6,9 et 0,5% des hommes, et 4,1, 10,9 et 11,2% des femmes (22). Ces chiffres sont à interpréter avec prudence, maigreur étant loin d'être synonyme d'anorexie mentale. En 2005 et 2010, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a réalisé des enquêtes, les Baromètres Santé, interrogeant quatre conduites alimentaires évocatrices de symptômes de TCA (essentiellement boulimiques) : les épisodes de frénésie alimentaire, les vomissements provoqués, le fait de manger en cachette et de redouter de commencer à manger par crainte de ne pouvoir s'arrêter (23). Ils concluent que ces perturbations des conduites alimentaires ne concernent qu'une petite minorité des jeunes et qu'elles touchent particulièrement les femmes jeunes. Ils ne notent pas d'évolution entre 2005 et 2010.

Dans les données spécifiques aux Hauts-de-France, une enquête a été conduite par la Fédération de Recherche en Santé Mentale pour évaluer le nombre de personnes ayant été hospitalisées pour un diagnostic d'anorexie mentale (24,25). En 2015, 263 personnes avaient été hospitalisées dans un service de psychiatrie (de jour ou à temps complet) et 652 dans un service de MCO (médecine-chirurgie-obstétrique). Ces données étaient issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et du Relevé d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP). Les effectifs des patients suivis exclusivement en ambulatoire n'étaient pas pris en compte.

1.2.2 Devenir, morbidité et mortalité

L'anorexie mentale est l'un des troubles psychiatriques ayant le taux de mortalité le plus élevé (26). Environ 5 à 10% des patients adolescents meurent des complications de l'anorexie, la moitié du fait de complications somatiques, et l'autre moitié par suicide (2). Dans une méta-analyse, Arcelus *et al* retrouvent un taux brut de mortalité de 5,1 pour 1000 personnes-années et un ratio de mortalité standardisé (RMS) 5,86 fois plus élevé que dans la population contrôle (27). Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population totale moyenne sur une période donnée, tandis que le taux de mortalité standardisé désigne le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès « attendu » dans la population d'origine (mortalité-type) (28). La plupart des études de mortalité dans l'anorexie mentale portent sur des populations cliniques (13). Leurs résultats sont donc influencés par l'âge de la population d'étude, la sévérité clinique et la durée de suivi (9).

Le risque de chronicité est évalué à environ 20% des cas (29). Le taux de rechutes retrouvé par les études prospectives avec une durée moyenne de suivi de 18 mois, varie entre 35 et 41% (30). Il n'existe toutefois pas de définition consensuelle de la rechute, de la chronicité, ou du caractère réfractaire des troubles. Dans tous les cas, les conséquences physiques, psychiques et sociales (risque de désinsertion globale) sont majeures et la prise en charge délicate.

Selon les critères de Morgan et Russell [*cf* tableau 1 p.17, adapté de HAS, 2010 (2)], le pourcentage de guérison (bonne évolution) est estimé à 50% des cas, d'évolution intermédiaire de 25 à 30% et de chronicisation (mauvaise évolution) de 10 à 25% (2).

Tableau 1

Critères d'évolution de Morgan et Russell (extrait de HAS 2010 (2))

	Mauvaise évolution	Evolution intermédiaire	Bonne évolution
Poids	Perte de poids supérieure à 15% du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85% du poids normalement attendu	Maintien du poids au-dessus de 85% du poids normalement attendu
	OU	ET	ET
Menstruations		Aménorrhée persistante	Cycles menstruels réguliers
Symptômes boulimiques	Apparition de symptômes boulimiques au moins une fois par semaine	S'il y a des symptômes boulimiques, ils sont présents moins d'une fois par semaine	Pas de symptômes boulimiques

Le DSM-5 introduit d'autres critères de spécification du stade de rémission clinique (cf annexe 2). Les études s'étendent souvent sur des périodes relativement courtes. Par ailleurs, la rémission symptomatique ne suffit probablement pas à qualifier la guérison. Ainsi, Jeammet suggère d'y ajouter un critère temporel (disparition de la triade symptomatique depuis plus de 2 ans), l'autonomie par rapport à la famille et l'acquisition de liens nouveaux et stables, une perception plus juste de l'image du corps, l'acquisition d'un « insight », la reconnaissance des conflits psychiques et la capacité de s'ouvrir à l'autre (2).

Les principaux facteurs pronostiques défavorables sont un IMC initial bas et une prise en charge tardive. S'y associent la présence d'un trouble de personnalité ou d'une dépression, des relations familiales difficiles, un nombre et une durée d'hospitalisation élevés, un âge précoce de début et la présence de crises et/ou de vomissements provoqués (2).

1.2.3 Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques concernent plus de 70% des patients d'après une revue récente de la littérature européenne (27,31). Les troubles associés les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (>40%), en particulier dépressifs (33%), les troubles anxieux (>50%) et les autres addictions (>10%). À noter que cette étude ne distingue pas les différents types de TCA. Une étude française récente retrouve au moins un épisode de trouble de l'humeur sur la vie entière chez 75,7% des sujets avec une anorexie restrictive pure, et chez 85,5% des sujets avec une anorexie mixte (32). Dans le 1^{er} groupe, l'épisode thymique est survenu dans environ un tiers des cas avant le début des troubles, un tiers simultanément et un tiers après. Dans le groupe anorexie-mixte, ces taux sont respectivement de 27%, 47% et 25%. La prévalence des troubles de personnalité est très variable entre les études, de 20 à 80% (10). Dans une étude rétrospective, 39% des patientes rapportaient un ou plusieurs événements traumatiques au cours de leur vie (33). 13% d'entre elles présentaient un état de stress post-traumatique, avec une fréquence plus élevée dans l'anorexie mixte que dans la forme restrictive pure. Chez ces patientes, les événements les plus rapportés étaient des abus sexuels dans l'enfance (41%), des abus sexuels ou des viols à l'âge adulte (25%), ou le décès ou la maladie grave d'un proche (17,5%). Enfin, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité serait deux à trois fois plus fréquent que dans la population générale, essentiellement chez les sujets boulimiques (10).

Le diagnostic des comorbidités est délicat, d'une part parce que les symptomatologies se recoupent parfois, de même que les mécanismes psychopathologiques et neurobiologiques. D'autre part, il peut être difficile de différencier une comorbidité d'une complication des troubles, tant dans ses dimensions psychologiques que neurobiologiques et sociales. Ainsi, certains recouvrements symptomatiques existent entre dépression et anorexie, tels que la perte de poids, les troubles du sommeil et de la libido et le ralentissement psychomoteur (32). Certains symptômes peuvent également être secondaires à la dénutrition, notamment suite à une carence en tryptophane (34).

1.3 Etiopathogénie, un modèle plurifactoriel et complexe

L'anorexie mentale est un phénomène complexe dont l'étiopathogénie reste à ce jour mal connue. Elle a donné lieu à différentes modélisations, intégrant des éléments psychopathologiques, physiopathologiques ou encore sociaux et culturels. Il existe actuellement un relatif consensus sur le fait qu'aucune théorie ne peut à elle seule tout expliquer et que les origines de l'anorexie sont multifactorielles. L'anorexie mentale recouvre en outre des entités cliniques hétérogènes, qui partagent certains facteurs étiopathogéniques communs mais dont la diversité fait nécessairement appel à une approche complexe (10).

Les modélisations récentes s'inscrivent dans une perspective neurodéveloppementale qui articule facteurs de vulnérabilité, de protection, facteurs déclenchants et facteurs pérennisants (10). Elle postule que dès la vie prénatale, il existe une modulation environnementale de l'expression génétique qui, dans une interaction permanente, façonne le développement de l'individu, ses forces et ses fragilités, tant dans ses dimensions biologiques, psychologiques que sociales (modèle bio-psycho-social) (10). Ces interrelations continuent de s'exercer tout au long de la vie. Elles peuvent mener à une vulnérabilité particulière chez certains individus qui, à la faveur de facteurs déclenchants, conduit au développement d'un trouble alimentaire. Ainsi, l'anorexie mentale comporterait une fonction adaptative face à « une situation de débordement » (35), chez des sujets vulnérables, qui pourra se transformer en un trouble constitué à la faveur de facteurs pérennisants, auto-renforçants. Il n'y a pas de causalité linéaire, les facteurs de vulnérabilité ne conduisant pas irrémédiablement à une situation pathologique. Ils continueront à être remodelés tout au long de la vie au gré des expériences et des rencontres, et pourront devenir source d'énergie créative pour l'individu (3). Enfin, prise en charge précocement, une réaction adaptative peut trouver rapidement d'autres voies de résolution que par la constitution d'un trouble alimentaire.

1.3.1 Facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité ou facteurs prédisposants sont nombreux et il est impossible de prétendre à une exhaustivité. Ils sont d'ordre individuel, familial et culturel. Le sexe féminin est un facteur de risque majeur d'anorexie mentale et implique des éléments génétiques, hormonaux, psychologiques et socioculturels (10).

À l'échelle individuelle, certains facteurs biologiques ont été identifiés, en particulier des perturbations du système sérotoninergique et de l'axe corticotrope. Le premier est un neuromodulateur impliqué notamment dans les circuits de la récompense, la régulation de l'appétit, l'humeur et l'impulsivité (10). Le second est central dans les réponses au stress. D'autres perturbations biologiques ont été retrouvées, notamment des hormones impliquées dans la régulation de la prise alimentaire (ghréline, microbiote intestinal...) (36). Il est parfois difficile de faire la part des choses entre les perturbations qui pré-existent aux troubles et celles qui en sont la conséquence (12). Les perturbations biologiques résultent de l'interaction entre des variations génétiques et des expériences de vie, notamment précoces. Le concept de neuroplasticité, défini comme la capacité du système nerveux à s'adapter aux changements environnementaux, permet de rendre compte de cette intrication à une échelle moléculaire, neuronale et comportementale (37). Il permet également de concevoir les gènes impliqués d'avantage comme des gènes de sensibilité à l'environnement que des gènes de vulnérabilité. Deux individus exposés à un même environnement ne présenteront pas la même réponse. Si un individu porte des gènes de sensibilité à l'environnement, on peut alors supposer qu'il présentera une susceptibilité plus grande à l'environnement, qu'il soit « négatif » (par exemple, des expériences de maltraitance ou de carences dans l'enfance) ou « positif » (par exemple, une rencontre bienveillante) (37,38). Les conséquences de ces expériences dépendront également de leur âge de survenue (37).

Les études d'agrégation familiale, ainsi que celles sur les jumeaux et sur les familles adoptives, permettent d'évoquer une forte héritabilité génétique des troubles. Ainsi, les proches au 1^{er} degré d'une personne atteinte d'anorexie mentale seraient 11,3 fois plus à risque de développer la maladie que les proches d'un sujet contrôle (39). Par ailleurs, ces études permettent également d'évoquer l'hypothèse d'endophénotypes dans l'anorexie mentale, tels que des spécificités cognitives partagées par le patient et les proches au 1^{er} degré (40). Enfin, les études d'association pangénomique ouvrent des voies de recherche prometteuses mais n'ont pas mis en évidence jusqu'à maintenant de résultats statistiquement significatifs (36).

De nombreuses études soutiennent l'hypothèse d'un lien entre anorexie mentale et événements aversifs. Aucun consensus ne semble toutefois émerger (40). La prévalence des agressions sexuelles serait de 69% dans l'anorexie mentale et de 51% pour les agressions physiques (*ibid*). Ces taux ne seraient pas différents de ceux de patientes issues de services de psychiatrie générale. Comme je l'ai souligné précédemment, l'effet des événements adverses et traumatogènes est pondéré par des variables médiatrices. Il s'analyse à différents niveaux : moléculaire (par exemple, hyperactivation de l'axe corticotrope), neuronal (ex : maturation du système nerveux, neuroplasticité), psychologique (ex : style d'attachement, estime de soi, traits de perfectionnisme...), environnementaux, que ce soit familial (ex : qualité des échanges relationnels, antécédents psychiatriques) ou extra-familial (amical, amoureux) et enfin, socioculturel. L'étude de ces variables médiatrices joue un rôle important pour comprendre ce qui lie la survenue d'un événement aversif et le développement d'une anorexie mentale.

Sur le plan phénotypique, cette vulnérabilité combine mésestime de soi, hypersensibilité au jugement des autres, perfectionnisme, sensibilité à la séparation (26). On retrouve également certaines caractéristiques cognitives (par exemple, une faible flexibilité mentale) et émotionnelles (telles que des difficultés de régulation émotionnelle, une alexithymie) qui contribueront au maintien des troubles (40).

Les relations familiales ont depuis longtemps été considérées comme un élément favorisant le développement de l'anorexie mentale (41). L'hypothèse d'une causalité directe n'est plus de mise mais la négation de toute implication familiale dans la psychopathologie des troubles est délicate (42). Les facteurs familiaux sont de natures diverses : génétiques, culturels (niveau socio-économique, valeurs familiales autour des idéaux de minceur, de performance etc), psychologiques (traits obsessionnels, alexithymiques etc) (10,40). Par ailleurs, la psychopathologie familiale s'inscrit souvent dans une histoire transgénérationnelle peuplée de non-dits, de morts non enterrés et de drames qui n'ont pu être conjurés par les générations supérieures (*cf partie 2.3.2*) (43,44). Il peut être difficile de démêler ce qui était préexistant de ce qui est réactionnel aux troubles, tant les symptômes sollicitent l'entourage. À ce titre, la prise en compte des dimensions familiales peut avoir surtout pour but une résolution des conflits propres à la patiente (3).

Enfin, les facteurs socioculturels sont multiples et leur place est depuis longtemps débattue. L'idéal de minceur, véhiculée par les milieux de la mode notamment, la valorisation de la maîtrise de soi et de la performance individuelle, la prééminence du corps réel sur le corps imaginaire, les évolutions de la fonction parentale, sont autant d'éléments susceptibles de favoriser le développement de l'anorexie mentale chez des sujets fragilisés (10,43,45,46). Il est probable qu'ils ne suffisent pas à eux seuls à déclencher les troubles. En revanche, c'est lorsqu'ils entrent en résonance avec les problématiques internes du sujet, particulièrement à l'adolescence, qu'ils peuvent avoir un effet potentiellement déstabilisateur (47).

1.3.2 Facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants classiquement retrouvés, tels que dans les situations cliniques d'Agathe et d'Eve, sont un régime amaigrissant ou une perte de poids fortuite à l'occasion d'une infection passagère par exemple. Les expériences de séparation sont également fréquentes : décès, départ d'un proche, rupture

amoureuse etc (48). Parfois, un évènement traumatique, en particulier de nature sexuelle, précède le début des troubles. Certaines patientes peuvent alors évoquer la volonté consciente de se protéger en effaçant tout caractère sexuel (10).

Enfin, l'adolescence est la période habituelle de début des troubles. Elle s'accompagne de profonds changements, tant biologiques et corporels, que psychiques et interpersonnels (familiaux, sociaux et dans les relations aux pairs). Au plan cérébral, elle s'accompagne d'importants remaniements (myélinisation, synaptogenèse, élagage) et représente donc une période particulière au regard de la neuroplasticité cérébrale évoquée plus haut. En effet, ce remodelage est à la fois responsable d'une plus grande vulnérabilité (notamment d'une plus grande sensibilité à la récompense), mais aussi d'une plus grande adaptabilité (10).

Par ailleurs, l'adolescence est une période de construction identitaire, de remise en question du sentiment d'être soi. Elle viendra en cela convoquer les fondements sur lesquels l'individu s'est appuyé jusqu'alors dans son développement (3). Si ces derniers sont fragilisés, au gré des différents facteurs évoqués plus haut, les troubles alimentaires peuvent alors représenter une voie de résolution possible aux angoisses générées lors de cette période. Je ré-aborderai ces problématiques, notamment leurs dimensions corporelles, dans la 2^e partie.

1.3.3 Facteurs pérennisants

« Le comportement adaptatif devient maladie parce qu'il réorganise tout le développement de la personnalité » (3). Philippe Jeammet traduit ainsi la spirale dans laquelle les symptômes vont entraîner le sujet, jusqu'à un appauvrissement de sa vie et à son aliénation aux conduites pathologiques. Par leurs conséquences, les troubles vont entraîner un phénomène d'auto-renforcement et mener à un véritable verrouillage des conduites, tant au niveau biologique et cérébral que psychologique et interpersonnel. Ainsi, la dénutrition, les conduites d'évitement et, parfois, les réactions de l'entourage sont autant de

facteurs qui vont contribuer au maintien des troubles (41). Plus ceux-ci se chronicisent, plus les facteurs pérennisants sont nombreux et ancrés (40,41). La compréhension et le développement d'interventions thérapeutiques sur ces facteurs pérennisants constituent un enjeu fondamental. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'évolution chronique, c'est-à-dire supérieure à 5 ans, des troubles représente environ 20% des patients et les conséquences tant sur l'état de santé des patients que leur intégration sociale sont majeures. Même si je me centre dans ce travail de thèse beaucoup sur l'adolescence, d'une part parce que c'est une période fréquente de déclenchement des troubles, d'autre part parce que la patiente que j'ai rencontrée lors des séances de SMMS était adolescente, mes expériences cliniques m'ont appris que la population concernée par l'anorexie mentale était loin d'être constituée uniquement d'adolescents.

1.3.4 Synthèse

La complexité de l'anorexie mentale et de sa prise en charge suscite une nécessaire complexité et diversité dans notre façon de l'appréhender. Historiquement, les hypothèses mystiques, physiologiques, socio-culturelles, psychanalytiques, cognitives, systémiques et neurobiologiques se sont succédées (40). Actuellement, la perspective neurodéveloppementale et multifactorielle semble prendre le pas. Elle permet de rendre compte de la complexité des troubles et de leur hétérogénéité clinique et phénotypique (10). Elle ouvre des perspectives de recherches fécondes et intégratives. Elle permet également de penser les soins dans une approche pluridisciplinaire, multimodale et coordonnée. Enfin, le concept de vulnérabilité nourrit le champ de la prévention, enjeu fondamental au vu des impacts en termes de morbidité et de mortalité, mais aussi de coûts de santé publique (2). L'une des difficultés de ce modèle est toutefois d'évaluer le poids et la place de chaque facteur, de leur combinaison, et de rendre compte de l'aspect évolutif propre à l'adolescence (40).

Tout comme la compréhension étiopathogénique des troubles se doit d'être complexe et multifactorielle, la prise en charge des patientes se doit d'être multidimensionnelle. Elle s'appuie sur la synergie entre

différents professionnels et différentes pratiques (43). Celle-ci sera d'autant plus efficace qu'elle répondra à un souci d'articulation et de cohérence. Dans le paragraphe suivant, j'exposerai les données actuelles sur la prise en charge de l'anorexie mentale et le cadre global des soins. Cela me servira à inscrire l'objet principal de ce travail, les soins à médiation multi-sensorielle, dans un cadre de prise en charge global et intégratif.

1.4 Données actuelles sur la prise en charge de l'anorexie mentale

1.4.1 Généralités

La prise en charge de l'anorexie mentale est difficile. Elle doit être précoce, multimodale et pluridisciplinaire. Elle s'appuie sur l'articulation des différents intervenants dans un projet de soins global au long cours (2). La 1^{ère} consultation, souvent réalisée par le praticien de 1^{er} recours (médecin généraliste, pédiatre), répond à une triple exigence : évaluation diagnostique et de la gravité, orientation, création d'une alliance thérapeutique. Celle-ci est essentielle, tant avec la patiente qu'avec son entourage. En effet, l'HAS stipule que le praticien doit informer sur les troubles, les risques évolutifs et l'objectif des soins, en ouvrant sur une perspective de guérison bien plus large que la seule reprise de poids. Souvent, ce ne sont pas les patients qui sont à l'initiative de la consultation, enfermés dans un déni des troubles et dans un refus de demander à l'autre (3). Leurs attentes n'en sont toutefois pas moins grandes et il est important que le praticien puisse se montrer empathique, souligner que l'anorexie mentale est un mode d'adaptation à un mal-être pré-existant et porter un projet de guérison, de vie, pour le patient (2). L'alliance avec les parents, et plus généralement l'entourage, est cruciale, pour qu'ils puissent par la suite être les garants de la poursuite du traitement et, avec les soignants, poser une limite aux contraintes dans lesquelles les patientes s'enferment (3).

L'altération de la conscience du trouble et de sa gravité, l'ambivalence de la patiente dans ses attentes et ses relations aux autres, les vécus de honte et de peur sont autant de résistances au traitement. Ces

éléments doivent être pris en compte tout au long du traitement. Une approche motivationnelle est notamment recommandée en début de prise en charge (2).

1.4.2 L'organisation des soins : articulation des différents espaces-temps

Selon les moments de la prise en charge et la gravité, les soins peuvent se dérouler en ambulatoire (consultation, hôpital de jour) ou en hospitalisation (séquentielle, continue). L'HAS recommande que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique (2). Les critères d'hospitalisation tels que définis par l'HAS sont rappelés en annexe 3. Les soins sous contrainte sont rares et l'HAS précise qu'ils ne doivent être utilisés que lorsque le risque vital est engagé et que les soins consentis sont impossibles (2). Les troubles cognitifs induits par la dénutrition peuvent parfois interroger sur les capacités de la patiente à consentir (29). Les soins sous contrainte demeurent le fruit d'une discussion entre les professionnels et avec la patiente et son entourage. Cette discussion peut parfois permettre d'aboutir à une adhésion aux soins, de par le souci manifesté par les soignants pour l'état de la patiente. L'objectif des soins sous contrainte est toujours la poursuite des soins de façon consentie (2).

Au-delà des soins sans consentement, la question de la contrainte est souvent au cœur de la prise en charge. En effet, nous avons déjà souligné le devoir des soignants de poser une limite à la violence que s'infligent les patientes, aux contraintes et à l'aliénation dans lesquelles elles sont elles-mêmes enfermées. La 1^{ère} étape est d'introduire un tiers dans la relation avec l'entourage, les parents étant eux-mêmes souvent pris dans cet enfermement. Jeammet souligne que si les parents acceptent, au moins partiellement, de passer la main, ils créent les conditions d'une détente possible (3). C'est sans doute ce qui n'a pas été possible lors de l'hospitalisation d'Agathe, que nous avons exposée plus haut. Il faut toutefois veiller à ce qui s'est joué avec les parents ne se reproduise pas avec les soignants. Le risque de

dérive vers la toute-puissance soignante, l'autoritarisme, voire la maltraitance est grand et nécessite une réflexion institutionnelle rigoureuse.

Le contrat thérapeutique, recommandé par l'HAS, inscrit le souci souvent dénié par la patiente pour la réalité somatique des troubles et la prévention du risque vital, mais représente également un tiers dans la relation avec les soignants (2,14). Il engage autant la patiente que le médecin référent. Il permet ainsi de donner à la patiente un certain degré de maîtrise de son évolution (49). La contrainte qu'il induit vise à soulager les contraintes internes vécues par la patiente (14). Le psychiatre référent incarne cette position d'autorité, souvent attaquée par les patientes et dont la solidité est nécessaire pour que le reste des soins puisse être investi (3).

Certaines équipes proposent une période de séparation lors de l'hospitalisation, en réponse à l'altération des relations induites par les troubles déjà évoquées précédemment, eux-mêmes souvent vecteurs d'une séparation (3,14). Celle-ci n'est jamais synonyme d'isolement thérapeutique et une fois le cadre posé, la vie dans le service d'hospitalisation est au contraire assez libre, afin de créer les conditions de relations nouvelles et diversifiées (3). L'HAS précise toutefois qu'à ce jour, aucune étude n'a évalué cette pratique (2).

1.4.3 Les soins somatiques et la renutrition

L'axe premier des soins est la renutrition, le traitement et la prévention des complications somatiques de l'anorexie mentale (2). Les soins somatiques, tout comme le contrat thérapeutique, inscrivent d'emblée le souci pour le corps de la patiente et la prévention du risque vital. Le médecin somaticien a un rôle essentiel dans la prise en charge. Par son examen clinique, il peut travailler avec la patiente à la prise de conscience de la gravité des troubles, au travers de signes cliniques « objectivables » (la bradycardie, l'hypotension artérielle etc). Il fait également fonction de tiers dans la relation avec le psychiatre référent, son autorité étant souvent moins mise à mal par les patientes. Enfin, il « sécurise » la mise en œuvre des

soins psychiques, les soins somatiques étant assurés. Une bonne collaboration entre les équipes somatiques et psychiatriques est nécessaire afin de ne pas reproduire le clivage corps-psyché dans lequel sont prises les patientes. Soulignons à ce titre que même si chaque soignant occupe une position particulière, en fonction de sa spécialisation et sa manière d'être singulière, il doit avoir en tête l'ensemble des dimensions de la prise en charge globale. Ainsi, le médecin psychiatre ne saurait s'affranchir de la dimension somatique et réciproquement.

Les soins nutritionnels, coordonnés par le diététicien, visent à la restauration progressive d'un poids adapté, d'une alimentation spontanée, régulière, diversifiée, à la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'à l'obtention d'une attitude souple et détendue face à l'alimentation (2). La prévention des complications potentielles associées à la renutrition est indispensable, en particulier le syndrome de renutrition inappropriée.

Enfin, selon l'HAS, « la nourriture reste le seul traitement de référence » (2). La prescription de psychotropes est guidée par les éventuels troubles psychiatriques associés et doit rester prudente aux vues de la dénutrition.

1.4.4 Les soins psychothérapeutiques

La prise en charge psychothérapeutique, individuelle et/ou familiale, est recommandée en association aux autres soins présentés (2). L'HAS précise qu'aucune forme particulière de psychothérapie n'a montré son efficacité par rapport aux autres et que le choix de la thérapie est d'avantage fonction du patient, de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie. Lorsque la dénutrition est sévère, la priorité est donnée aux soins somatiques mais la thérapie de soutien trouve également sa place. Les psychothérapies les plus fréquentes, individuelles, familiales ou de groupe, sont les thérapies de soutien, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, les thérapies cognitivo-comportementales

(TCC) et les thérapies systémiques. Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres champs se développent dans l'anorexie mentale, tels que les thérapies multifamiliales et la remédiation cognitive (50).

Parmi les recommandations internationales, celles de la NICE (National Institute for Health and Care Excellence) préconisent en premier lieu une psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle centrée sur le trouble alimentaire s'étendant sur 40 semaines, un programme thérapeutique développé par le Maudsley Hospital ou une thérapie de soutien et de management des symptômes (specialist supportive clinical management) pendant 20 semaines (51). Les psychothérapies psychodynamiques y figurent en 2^e intention et les psychothérapies familiales en 1^{ère} intention chez l'enfant et l'adolescent. Les recommandations APA (American Psychiatric Association) soulignent le manque d'études de qualité concernant les différents traitements, celles-ci présentant des limites méthodologiques importantes (taux d'abandon élevé, absence de randomisation etc) (52).

Le travail psychothérapeutique est souvent difficile pour les patientes car il demande un engagement dans une relation à l'autre, avec les risques que cela comporte, un lâcher prise et une confrontation à leur monde intérieur (3). Il demande aux thérapeutes, soutenus en cela par l'ensemble du cadre institutionnel, de créer un environnement suffisamment sécurisé pour que la patiente accepte de s'y engager. Parfois, il peut être nécessaire de s'appuyer sur des techniques « concrètes » de sécurisation et de mise au travail psychique. C'est de ce constat que sont nés les soins à médiation multi-sensorielle.

1.4.5 Les soins psychocorporels

Les approches corporelles sont recommandées par l'HAS et doivent être intégrées au projet de soins global (2). Le corps est au centre de l'anorexie mentale. Il en est le lieu d'expression et c'est sans doute par lui que de nouvelles voies de résolution peuvent être trouvées. Nous avons déjà traité des soins « somatiques » et de la renutrition en tant que priorités de la prise en charge. Ce souci pour l'homéostasie corporelle se manifeste également dans l'accompagnement des patientes à retrouver un rythme

physiologique : rythmicité des repas, du sommeil, respect des temps de repos quotidiens etc. Les soins dits de *nursing*, souvent portés par les équipes infirmières et les aides-soignants, sont essentiels pour amener les patientes à adopter un rapport bienveillant à leurs propres corps et prévenir les complications liées à la dénutrition : effleurages, massages, travail sur les postures, prévention des complications de décubitus, toucher thérapeutique etc (53).

Mise à mal du corps, hyperactivité physique se poursuivant malgré ses complications (fractures de fatigue, douleurs articulaires etc), distorsion de l'image corporelle, insatisfaction, lésions corporelles auto-infligées, conduites de purge, exposition au froid, sont autant de symptômes traduisant un rapport au corps altéré dans l'anorexie mentale (*cf partie 2.1*). Les abords théoriques des liens corps-psyché sont nombreux et donnent lieu à autant de pratiques différentes. Je n'en évoquerai que trois exemples, que j'ai rencontrés lors de mon stage dans le service spécialisé pour adultes de l'hôpital Saint-Vincent et qui font partie des soins auxquels a participé Marie, que je présenterai dans la 3^e partie.

La psychomotricité est une discipline qui appréhende le sujet dans sa réalité corporelle et psychique, dans une perspective holistique et développementale. Elle s'intéresse à la capacité du sujet à être et à agir par son corps, afin de retrouver une harmonie psychocorporelle (43). C'est au travers d'expériences corporelles partagées, dans un climat de plaisir, et psychiquement étayées que le psychomotricien aide le sujet à progressivement se reconnecter à ses éprouvés corporels et à mettre son vécu en mots (54,55). Les psychomotriciens proposent différentes médiations, individuelles ou groupales, qui sont autant « d'aires de jeu » au cours desquelles les patientes sont invitées à retrouver un certain plaisir à vivre (54). Plusieurs axes sont envisagés : thérapies psychosensorielles (relaxation, massage, balnéothérapie, olfactothérapie, musicothérapie), thérapies expressives (danse, théâtre), thérapies perceptivo-motrices (chi-qong) etc (2).

La fasciathérapie est une thérapie psychocorporelle issue de la kinésithérapie et de l'ostéopathie (55,56). Elle vise, par une action directe sur le corps et plus précisément les fascias, à soulager les tensions et à

améliorer la conscience que le sujet a de son propre corps. Elle s'appuie donc sur la sensorialité et la perception pour travailler à la conscience de soi.

Enfin, l'activité physique adaptée est une activité individuelle ou de groupe proposée par un animateur sportif formé à cette approche. L'hyperactivité physique concerne 30 à 75% des sujets, cet écart s'expliquant probablement par la variabilité des définitions utilisées dans les études (57). L'activité physique est considérée comme excessive en quantité, en intensité, en fréquence et vis-à-vis de l'état de dénutrition. La psychopathologie en est complexe. À un niveau conscient, il s'agit d'une stratégie de contrôle du poids. À un niveau moins conscient toutefois, l'hyperactivité peut être considérée comme une stratégie « anti-pensée », visant à lutter contre des angoisses insupportables (14). Enfin, comme l'ensemble de la symptomatologie anorexique, la répétition de ces conduites entraîne un phénomène d'auto-renforcement, un verrouillage tant biologique que psychologique et social. De ce fait, le sevrage total de l'hyperactivité peut être insupportable pour les patientes et constituer un facteur de risque de rupture thérapeutique. Lorsque l'état physique le permet, l'accompagnement vers une diminution progressive et une régulation de l'activité physique dans le respect du corps, présente donc un intérêt.

L'activité physique adaptée est prescrite lorsque l'IMC est supérieur à 14 kg/m², en l'absence de contre-indication (malaise, hypotension orthostatique, fracture...). Elle a pour objectifs la reprise de la masse musculaire, mais aussi de travailler l'expressivité du corps, le relâchement tonique, l'acquisition de connaissances anatomiques et d'hygiène du sport, et de favoriser une meilleure acceptation de la reprise pondérale (43). Ces soins sont menés en collaboration avec la diététicienne du service. Des séances d'activité physique adaptée en famille sont également proposées.

1.5 Synthèse

L'anorexie mentale est donc un trouble complexe qui constitue un défi sur le plan thérapeutique. La prise en charge globale doit articuler au mieux les différents professionnels et les différentes approches afin de

faire face à cette complexité. En dehors des grands principes énumérés ci-dessus, il n'y a pas de protocoles de soins pré-établis et chaque équipe doit composer avec ses ressources et sa singularité propre pour incarner de manière vivante les propositions thérapeutiques qu'elle fait aux différents sujets. La créativité, qui manque parfois tant chez les patientes, doit être portée par les soignants (58). C'est dans cet esprit qu'ont été développés les soins à médiation multisensorielle (SMMS), inspirés de différents dispositifs thérapeutiques qui étaient alors en cours dans le service. Les SMMS combinent une approche psychocorporelle et psychothérapeutique, et proposent un cadre thérapeutique contenant que les patientes pourront peu à peu intérioriser (43,59). Ils visent à apporter une réponse aux maltraitances que les patientes infligent à leur corps et à faciliter la mise au travail psychique lorsque son accès par un cadre psychothérapeutique « classique », en face-à-face, est difficile (59). Nous allons, dans la prochaine partie, détailler les hypothèses qui sous-tendent les SMMS.

2 ENVELOPPEMENT, REMEMORATION ET MEDIATION OLFACTIVE

2.1 Corps, adolescence et anorexie mentale

2.1.1 La difficulté d'être soi

Nous posons l'hypothèse qu'au cœur de l'anorexie se situe une souffrance identitaire, une difficulté fondamentale à être et à se sentir exister. Elle se manifeste par une incertitude quant au sentiment d'être soi, une insécurité fondamentale qui vient entraver les relations aux autres dans une mise en tension entre le sentiment d'être soi et d'être avec les autres, comme si se nourrir de l'autre ne pouvait se faire qu'au prix d'une perte de soi (3). Cliniquement, les patientes peuvent, parfois (lorsque le discours n'est pas verrouillé), évoquer leurs questionnements autour de leur identité, le sentiment douloureux de « ne pas savoir qui je suis ». Les projections dans l'avenir sont difficiles et le temps semble suspendu dans un entre-deux intemporel, hors-temps, donnant lieu à un sentiment d'existence suspendue. Les patientes peuvent également évoquer leurs difficultés à *être* avec les autres. Les relations amoureuses et la sexualité ne sont pas investies. Les relations sexuelles sont absentes ou, lorsqu'elles existent, ne sont pas source de plaisir. La confrontation réelle à la solitude génère des angoisses profondes d'anéantissement, d'inexistence et sont souvent des moments propices aux conduites pathologiques (59). Enfin, les troubles de la perception corporelle viennent traduire jusque dans le corps ces difficultés à se percevoir et se sentir exister.

En outre, l'ancrage du sentiment d'existence est avant tout corporel, même s'il ne s'y résume pas. Dans l'anorexie mentale, le corps est au cœur des troubles. Il en est le lieu d'expression symptomatique et c'est sans doute par lui que de nouvelles voies de résolution peuvent être trouvées. Nous nous référons ici au corps dans sa réalité anatomo-physiologique, mais aussi comme support d'identité et d'investissement psychique par le sujet. L'anorexie mentale est à

ce titre quasiment un modèle de compréhension des liens entre *psyche* et *soma*, en illustre la complexité et le caractère insaisissable.

L'éclairage psychodynamique dans l'anorexie mentale a d'abord porté sur la nature des fantasmes et des conflits pulsionnels sous-jacents aux symptômes (12). Il s'est ensuite déplacé vers une pathologie du lien et du narcissisme, déplacement qui n'est pas sans rapport avec une évolution sociale s'infiltrant dans les modes d'expression de la souffrance. La signification conférée au symptôme n'est alors plus seulement celle d'une issue aux conflits pulsionnels, mais d'une réponse aux « failles sévères de l'organisation psychique du sujet » (14). Au premier rang de ces auteurs, Philippe Jeammet a placé la problématique identitaire au cœur de l'anorexie mentale. Il a développé les concepts de conflit dépendance/autonomie et de vulnérabilité narcissique fondamentale, et en a tiré des conséquences quant à la prise en charge des sujets, en particulier l'aménagement des espaces psychothérapeutiques (3,60).

2.1.1.1 Principaux enjeux psychiques à l'adolescence

Etymologiquement, *adolescere* signifie grandir, ce qui implique de nécessaires changements. Le corps se transforme et se sexualise, sexualisation qui vient bouleverser les relations aux autres (en premier lieu aux parents) et à soi-même. Le sentiment de continuité, les certitudes acquises jusque-là, sont remises en question. Ces transformations se jouent également sur d'autres terrains, notamment social et cognitif. Les adolescents accèdent en particulier à la pensée abstraite ou formelle, hypothético-déductive, qui permet la pensée réflexive, la capacité de penser ses pensées, socle du travail de subjectivation (« qui suis-je ?, Est-ce que ce que je pense m'appartient ? etc) (61). Il y a donc pour l'adolescent l'exigence d'un travail psychique, permettant de donner sens à tous ces changements et de les intégrer (62). La réalisation de ce travail viendra réinterroger la qualité des ressources internes et la solidité des

premières constructions, celles que l'enfant a érigées depuis sa naissance, en appui sur son entourage. Si celles-ci sont fragilisées, alors le risque de recours à des conduites pathologiques pour traverser ces épreuves sans s'effondrer est grand (3).

La sexualisation du corps impose pour l'adolescent un réaménagement des relations aux autres, en particulier aux parents. Elle fait resurgir les enjeux œdipiens devant la menace incestueuse maintenant devenue possible. L'adolescent devra donc s'éloigner de ses parents, et ce faisant, se pose la question suivante : « je veux me débrouiller seul, mais en suis-je capable ? Suis-je à la hauteur de mes ambitions ? » (62). Il est alors pris dans un paradoxe que Jeammet résume ainsi : « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace » (3). Son désir d'autonomie est à la hauteur de son avidité affective. Plus il s'éloigne, plus le besoin de l'autre grandit. Ce besoin apparaît alors comme une menace pour son identité, son autonomie, venant renforcer un sentiment de dépendance insupportable. Pour s'en sortir, l'adolescent devra réussir à se nourrir de l'autre pour développer sa propre individualité, à transformer les qualités perçues chez autrui en qualités propres (3). Il devra trouver de nouvelles identifications, rejeter les identifications antérieures (parentales) et passer par des intériorisations successives pour parvenir à un sentiment d'identité apaisé, à s'individualiser (62).

La séparation est donc au cœur des problématiques adolescentes. Comment se séparer, se différencier de ses parents mais aussi de son identité d'enfant, sans être menacé par la perte, l'abandon et la dépression ? (62) Cette perte devra être acceptée, ce qui ne se fait pas sans heurts. Elle sera d'autant plus difficile qu'elle viendra raviver des pertes déjà vécues dans l'enfance, réelles ou fantasmées.

2.1.1.2 La problématique de dépendance et l'anorexie mentale

P. Jeammet introduit le concept de dépendance pour rendre compte de ce paradoxe adolescent, « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace ». Il le définit ainsi : « est dépendant un sujet dont l'équilibre dépend pour une part importante de sa relation aux objets externes et de l'attitude de ceux-ci » (63). Face à la fragilité de son monde interne et de ses ressources propres de sécurisation, le sujet aura besoin de s'appuyer sur la réalité externe pour éviter la désorganisation qui le guette (35). Mais ce faisant, il s'expose à une dépendance à l'autre qui vient renforcer le sentiment insupportable pour lui d'avoir besoin de l'autre et le renvoie à sa propre fragilité. Les conduites d'emprise deviennent alors la seule façon de retrouver un rôle actif face à ce qui le menace.

Selon P. Jeammet, l'anorexie et la boulimie sont paradigmatiques de ce paradoxe, à savoir la peur de perdre le contrôle de soi et que le désir nous aliène à son objet. « Se priver de ce dont on a besoin peut devenir le moyen paradoxal de se rassurer et d'affirmer son autonomie voire son identité » (35). Cette tentation sera d'autant plus forte que les désirs sont grands et les sujets souffrant d'anorexie sont souvent animés d'une grande avidité relationnelle, de grands désirs et d'une grande sensibilité à l'environnement qui les rend particulièrement vulnérables à la déception. Les relations d'emprise, le cramponnement à des éléments perceptivo-moteurs de la réalité externe ou à une conviction interne, ont pour fonction de contre-investir la réalité interne fragilisée et vécue comme menaçante (63,64). À cela s'ajoute le fait que la conduite anorexique leur assure, paradoxalement, d'être vues, de susciter l'inquiétude chez les autres. Enfin, elle leur offre l'illusion d'une identité d'emprunt qui les conforterait dans leur différence (en témoignent les sites « pro-anas ») et dans leur pouvoir de résister aux sollicitations et au pouvoir des autres (35).

Les sujets anorexiques se lancent alors dans le refus de ce dont elles ont besoin et qu'elles désirent, par peur d'être déçues et d'en être anéanties. « Créer, réussir, aimer, c'est aléatoire puisqu'en partie dépendant de la réponse des autres [...]. Détruire, à l'inverse, c'est un rendez-vous avec l'éternité, hors de toute contingence liée aux autres. Un instant de toute-puissance. » (64). La destructivité, contrairement à la créativité, est maîtrisable, elle est à l'abri de la déception et de l'attente. Mais elle emporte avec elle toutes les potentialités, souvent grandes, de ces sujets et les conduit parfois jusqu'à la mort.

L'objectif des soins est *in fine* d'accompagner les patientes à s'ouvrir à de nouvelles modalités de relation aux autres, et, en miroir, avec elles-mêmes, afin de pouvoir déployer leurs désirs et toutes leurs potentialités créatives. Pour cela, il faut, écrit Jeammet, « savoir répondre par un autre paradoxe » à celui qu'elles présentent (35). Il faut leur prescrire et leur imposer ce qu'elles désirent pour qu'elles puissent s'en saisir sans se sentir menacées. Le rôle du contrat de soins est donc, outre de réaffirmer l'enjeu somatique, de jouer le rôle de tiers et de dégager la patiente d'un vécu d'emprise que serait le désir de l'autre (en l'occurrence, les soignants). Le risque est en effet d'entrer dans une confrontation en miroir, dans une emprise réciproque. L'intérêt de la séparation initiale lors de l'hospitalisation (*cf partie 1.4*) est que les patientes puissent investir de nouvelles relations, avec les pairs notamment, loin du regard parental qui peut être trop aliénant car ressenti par la patiente comme trop nécessaire (35). L'investissement transférentiel des soignants est souvent massif chez ces patientes, ce qui, en renforçant le sentiment insupportable de dépendance, risque de mener à une rupture précoce du traitement (63). L'aménagement du cadre psychothérapeutique est nécessaire et doit s'ajuster à la capacité de la patiente à tolérer la relation psychothérapeutique (60). Enfin, le travail familial a pour but d'aider au réaménagement des relations intra-familiales, c'est-à-dire

de la réalité externe de la patiente, pour permettre une résolution de ses conflits internes (3,60). En effet, il permet l'instauration de limites différenciatrices et un désenchevêtrement des problématiques narcissiques, ce qui constitue souvent un temps nécessaire avant la mise en place d'une thérapie individuelle (60).

2.1.2 Les transformations corporelles à l'adolescence

La puberté induit des changements corporels tels qu'ils sont assimilés par certains auteurs à une métamorphose, à l'instar du personnage de Kafka se réveillant en « monstrueux insecte » (47,65). Cette expression traduit bien la monstration, le fait que ce corps pubère est exhibé aux yeux de tous. L'intimité est menacée de dévoilement public, générant honte et gêne que l'adolescent tentera de contenir en sécurisant son espace, concrètement (c'est *sa* chambre, *ses* affaires, *son* blog) et symboliquement (62). Une prise de distance protectrice, notamment vis-à-vis des parents, est nécessaire. Mais il sait également bien que ce nouveau corps, sexué, n'est pas sans effet sur son entourage, qu'il attire et qu'il fascine. La découverte du plaisir du corps est fondamentale et, pour l'adolescent, sa capacité à jouer de son corps : jeux de séduction, exhibitions, mais aussi prises de risque, test des limites (62). Un rapport ambivalent vis-à-vis du corps se développe, fait d'amour et de haine. L'acceptation de cette ambivalence est une étape nécessaire à la maturation psychique, de même que l'acceptation de ses manques, qui ouvrira la voie à la reconnaissance de l'altérité et à la sexualité de l'adulte (au sens psychanalytique). Ajoutons que le corps est le lieu de l'identité, du singulier, mais il est également ce qui est hérité des parents et qui n'a pas été choisi par le sujet. Il peut ainsi devenir la scène d'un règlement de comptes parfois cruel avec ses propres parents (62).

L'adolescent devra donc composer avec ce nouveau corps, inconnu et mystérieux, qui s'impose à lui, et avec son « ancien » corps, celui de l'enfance. Il devra travailler à leur

unification. Le paradoxe suivant se pose à lui : comment conserver le sentiment d'être toujours le même dans un corps et un psychisme engagés dans une profonde transformation ? (61). Cet « ancien » corps porte en lui les traces de son histoire, c'est-à-dire la manière dont il a été investi et « habité » depuis sa naissance, tant dans les registres anatomo-physiologiques qu'érotiques. Le corps érotique désigne ici le corps habité par un appétit de plaisir, décalé des besoins physiologiques (47). Les notions de schéma corporel et d'image du corps, introduites par Paul Schilder et développées par de nombreux auteurs, en particulier F. Dolto et D. Anzieu, rendent compte de ces concepts.

Le schéma corporel est une représentation permanente qu'a le sujet de son corps anatomique et fonctionnel (47). Il s'agit d'une image mentale subjective qu'il a de son propre corps, à un instant donné, dans ses relations avec l'environnement. Celle-ci résulte de l'intégration des perceptions sensorielles, intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives. Elle se construit dans la répétition d'expériences motrices par le bébé et l'enfant, dans un véritable travail d'appropriation de soi et de l'espace (66). Elle dépend de la maturation de l'équipement neurologique sous-jacent. L'image du corps désigne quant à elle « la représentation inconsciente, sédimentée, et se constituant à notre insu, de l'histoire des expériences de plaisir et d'insatisfaction que le corps du nourrisson a nouées avec le milieu extérieur et qui ont contribué à lui donner le sentiment d'exister comme sujet » (47). A. Birraux souligne ici l'importance des expériences précoces dans la constitution de l'image du corps, que nous détaillerons par la suite. Mais cette image du corps n'est pas une entité figée et continuera à évoluer tout au long de la vie (66). L'adolescence en est une illustration. Loin d'être un processus linéaire, le travail psychique inhérent à cette période se composera d'achoppements dans sa progression, de périodes de stagnation et de régression pour finalement aboutir à une

résolution. Celle-ci est difficile à définir, tout comme il est difficile de définir la guérison dans l'anorexie mentale. La plupart du temps, les adolescents devenus adultes accèdent à un nouvel équilibre, tant dans leur monde externe qu'interne (45). Ils se réinscrivent dans une temporalité qui noue passé, présent et avenir. Ils accèdent à une autonomie psychique, c'est-à-dire la capacité de penser en leur nom propre, dégagés des aliénations de leur histoire infantile, dans un rapport apaisé à soi et à autrui (47). Ces éléments seront autant de fondations sur lesquels le sujet pourra s'appuyer pour traverser la vie sans risquer de s'effondrer.

L'adolescence induit donc un vacillement du sentiment identitaire qui vient réinterroger la solidité des premières constructions. Il existe tout un corpus théorique autour de ces premières inscriptions, du développement psychomoteur, dont je vais exposer quelques concepts qui seront utiles pour nous aider à penser les soins à médiation multi-sensorielle.

2.1.2.1 Aux origines du sentiment d'être soi

Les premières constructions de l'identité psychocorporelle s'organisent autour de différents axes : la tonicité, le temps et les rythmes, les espaces et les limites du corps (66). Le premier espace est l'espace intra-utérin, qui a deux fonctions majeures : permettre la croissance du fœtus et contenir ses mouvements. Lors de la naissance, le bébé passe d'un milieu fermé, stable, non gravitationnel à un espace ouvert, gravitationnel et sans limite (59). Il a donc besoin d'être rassemblé, enveloppé et de retrouver un sentiment de sécurité. Ces éléments sont regroupés sous le terme de portage, qui désigne à la fois le portage physique, concret, sensoriel, et le portage psychique. C'est grâce à ce portage, solide mais aussi suffisamment souple pour ne pas entraver les progressions du bébé, qu'il pourra développer son tonus, sa tonicité psychocorporelle. Celle-ci lui servira à partir à la conquête de son corps et de son

environnement, guidé en premier lieu par un appétit de plaisir (66). Winnicott désigne par le terme de *holding* ce portage physique et psychique, ce maintien, qui donne au bébé un sentiment de continuité d'existence, et de *handling* la manière dont il est traité, manipulé, soigné (66). Il introduit également le concept de *préoccupation maternelle primaire* qui désigne l'état psychique particulier dans lequel se trouve la mère (ou la personne qui en tient lieu) dans les premiers temps de vie du bébé (67). Celui-ci est en effet dans une situation de dépendance absolue et en proie à des éprouvés sur lesquels il ne met pas encore de sens. Par sa capacité à s'identifier à son enfant, la mère réussit à identifier et apaiser les besoins et les angoisses du bébé, quasi immédiatement. L'alternance besoin/satisfaction instaurée se transforme en une rythmicité rassurante et sécurisante pour l'enfant (66,68). La mère assure ainsi un rôle de *pare-excitation*, c'est-à-dire qu'elle permet au bébé de contenir des débordements d'excitation qui risqueraient de le désorganiser. Un autre auteur, Bion, introduit la notion de « *rêverie maternelle* » pour désigner la capacité d'imagination intuitive de la mère qui lui permet d'accueillir les projections du bébé, ses émotions et ses sensations insupportables, de les soulager et de les transformer en éléments détoxiqués, intégrables pour le bébé (68). Enfin, J. de Ajurriaguerra établit le terme de « *dialogue tonico-émotionnel* » pour désigner ces échanges entre mère et bébé, soulignant bien la dimension avant tout corporelle et sensorielle de cette communication et l'interactivité des liens, les capacités d'échange de la mère étant activées et renforcées par les capacités d'échange du bébé (45).

Progressivement, le bébé sera capable d'intérioriser cette sécurité interne, de développer des capacités de régulation tonico-émotionnelle plus autonomes, permettant à la mère de vivre un « défusionnement » progressif. L'une des conditions indispensable à cette étape est aussi et surtout la présence d'un tiers, une ouverture vers un autre, classiquement le père. Le rythme

devient alors ternaire, entre besoin, attente et satisfaction. C'est ce temps d'attente qui sera celui du jeu, où le bébé pourra déployer toute sa créativité (66). Il pourra faire des expériences concrètes, en particulier corporelles (suçoter, découvrir le mouvement de ses doigts etc), qui sont sources d'autosatisfaction sans que la mère n'intervienne (45). Winnicott théorise cette étape sous le terme d'*objets transitionnels*, puis de *phénomènes transitionnels* : « [ils] désignent l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a été introjecté » (69). À cette aire intermédiaire contribuent à la fois la réalité intérieure et la vie extérieure, mais elle constitue une aire neutre d'expériences, qui n'est pas contestée et vise à soulager la tension suscitée par la mise en relation entre réalité interne et réalité externe. Le bébé pourra ainsi accéder peu à peu à une différenciation entre « soi » et sa mère, entre « soi » et le monde. Winnicott rappelle toutefois que pour que cette aire intermédiaire puisse se mettre en place, il faut que la mère, par une adaptation *quasi parfaite* (« *suffisamment bonne* ») aux besoins du bébé, ait pu lui donner l'illusion que ce qu'il crée (les soins qui lui apportent des expériences de satisfaction) existe réellement. Ou encore B. Golse de préciser « Pour se détacher, l'enfant doit savoir bien s'attacher », problématique qui se retrouvera à l'adolescence (70).

Les facteurs qui influencent les qualités du portage sont autant physiques que psychiques et relationnels. Il s'agit d'éléments conscients et inconscients, de la façon dont la mère a elle-même été portée dans sa petite enfance, de reliquats de l'histoire trans-générationnelle, surtout ceux qui sont restés enfouis et cachés. Il s'agit également d'événements ayant pu perturber la grossesse et les premiers temps (deuil, complications obstétricales, prématurité etc), et de la relation du couple parental. Enfin, les facteurs charnels et corporels jouent un rôle dans les

qualités d'accordage entre mère et enfant, par exemple les hypersensibilités tactiles, le tonus de fond de la mère etc (66).

Nous avons évoqué plus haut l'importance du temps et des rythmes comme toile de fond indispensable au développement du bébé. L'espace en fait également partie. La première différenciation est celle entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non-soi. Par ses premiers soins, par son rôle pare-excitant, puis par son dé-fusionnement, la mère va permettre peu à peu à l'enfant de se construire un espace à lui et de s'approprier son propre corps. Cette appropriation se nourrit autant d'échanges affectifs que d'expériences concrètes d'exploration. Cette exploration est autant celle des sensations internes qu'externes. Elles vont permettre peu à peu de confirmer les limites entre le dedans et le dehors.

2.1.2.2 Les limites du corps, la peau

La représentation d'une peau qui contient, limite, sécurise résulte donc, selon nos hypothèses, de ces premiers échanges et de ces premières explorations, qui se vivent avant tout dans une co-sensorialité. La situation d'allaitement, archétypale, l'illustre : le bébé est serré dans les bras de sa mère, contre son corps dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements (71). Il est porté, bercé, caressé. À cela s'ajoute généralement une enveloppe de paroles et de fredonnements. Anzieu précise que ces activités permettent à l'enfant de progressivement différencier une surface, constituant une interface entre le dehors et le dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné. Surface et volume apportent l'expérience d'un contenant (71). Il théorise la notion suivante : « par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». L'appareil psychique, le Moi psychique, s'étaye sur des

fonctions biologiques, celles de la peau. Outre la fonction de *contenance*, Anzieu décrit sept autres fonctions au Moi-peau, toujours en appui sur celles de la peau : une fonction de *maintenance* (de portage), de *pare-excitation*, d'*individuation*, d'*intersensorialité*, de *soutien de l'excitation sexuelle*, de *recharge libidinale* et d'*inscription des traces sensorielles* (71). Le Moi-peau a donc une fonction de délimitation, de protection contre l'intrusion, mais c'est également une surface d'échange entre le monde intérieur et l'extérieur (72). D'autres auteurs ont contribué de manière non moins importante au sujet, en particulier E. Bick et le concept de « peau psychique », et D. Houzel et le concept « d'enveloppes psychiques » (73,74).

Dans une approche plus développementaliste, les travaux de Bullinger apportent un éclairage complémentaire sur le rôle de la sensorialité dans le développement du sujet. Il postule que les flux sensoriels provenant de l'environnement entraînent des réactions toniques chez l'enfant. Au fur et à mesure, l'enfant est capable d'extraire des *invariants*, c'est-à-dire des éléments réguliers et stables des interactions avec son milieu, et de réguler de manière nouvelle ses conduites. Il développera des réactions toniques de plus en plus ajustées, puis réussira à donner une cohérence à ses éprouvés, dans l'interaction avec autrui (75). Ces modulations toniques sont une composante importante du partage émotionnel (76). Cette conception rejoint ainsi la notion de « dialogue tonico-émotionnel » d'Ajuriaguerra (*cf partie 2.1.2.1*), qui reprenait lui-même le concept de « dialogue tonique » introduit par H. Wallon (77). Bullinger précise que cette composante tonique persiste tout au long de la vie, constituant un « arrière-fond » y compris dans les activités plus élaborées (76). Il insiste également sur l'importance des points d'appui et de la mise en enroulement proposés par l'entourage du bébé, dans une fonction de *rassemblement* que l'enfant intériorisera peu à peu (78).

Enfin, le sociologue et anthropologue David Le Breton apporte une contribution intéressante sur le rôle de la peau à l'adolescence (79). Il souligne l'ambivalence du rapport à la peau chez l'adolescent. Celle-ci est à la fois l'objet de revendications esthétiques, le lieu de projection d'une identité rêvée, comme dans les tatouages, mais à l'inverse, elle enferme dans une identité insupportable dont on voudrait se *dépouiller*, comme en témoignent les blessures corporelles délibérées, afin, paradoxalement, d'accéder enfin à soi. La peau incarne la limite concrète entre soi et le monde, arrime le sentiment d'être soi, mais elle est également la surface visible du sujet. Elle relève de l'intime et du social. Ainsi, selon D. Le Breton, le goût du piercing et du tatouage est devenu un mélange ambigu de revendication d'originalité, de distinction de l'autre, et de soumission aux attitudes conformes d'une classe d'âge (79).

2.1.2.3 Le corps et ses limites dans l'anorexie mentale

Cliniquement, les patientes anorexiques présentent fréquemment une hypertonie globale avec une raideur de l'axe corporel (80). L'hyperactivité physique se manifeste parfois par une instabilité marquée, une impossibilité à « rester en place », ou au contraire par une apparente immobilité associée à des contractions isotoniques permanentes. Classiquement, les patientes restent debout ou s'assoient au bord de leur chaise en entretien, ne prenant pas appui sur le dossier. Elles portent des vêtements amples et épais, masquant le décharnement de leur corps, ou au contraire, des habits collés à leur peau, ou encore peu couvrants, ce qui interroge la perception qu'elles ont de leur corps et leur rapport à l'intimité.

Nous avons déjà évoqué les maltraitances qu'infligent les patientes à leur corps : restriction alimentaire, hyperactivité incessante malgré les douleurs et la fatigue qu'elles ont bien du mal à percevoir, automutilations, vomissements provoqués, exposition au froid, privation de sommeil etc (59). Elles sont fréquemment obsédées par l'image qu'elles ont de leur corps, à

l'affût de la moindre once de graisse (55). Sentir leur os sous la peau les rassure. Elles aspirent à un corps qui puisse fonctionner de manière aussi immatérielle que la pensée, « être un pur esprit ». La graisse, la chair, toutes les zones où s'inscrivent fréquemment les signes de féminité (les cuisses, les hanches, le ventre) sont associées à la souillure (46,54). Elles inspirent dégoût et honte.

Le bilan psychomoteur met souvent en évidence un décalage entre le schéma corporel, généralement bien structuré, et l'image du corps qui est altérée (54). O. Gaucher-Hamaoudi relate ainsi les maladroites nombreuses qui apparaissent lorsque le psychomotricien sollicite le corps affectif de la patiente : défaut d'ajustement de la distance relationnelle, défaut du placement corporel dans l'espace, réactions hypertoniques nombreuses et parfois étonnamment abandonnées lorsque le corps-à-corps est d'avantage présent dans la relation. À l'inverse, certaines patientes peuvent se montrer très défensives corporellement (55). Cette maladresse du corps dans l'espace donne le sentiment que ce corps les embarrasse (46).

Les hypothèses sont nombreuses pour rendre compte de ces observations et sans doute que les origines de l'anorexie mentale comporteront toujours une part de mystère et d'inexplicable. Nous reprendrons ici les hypothèses psychodynamiques déjà énumérées précédemment et nous évoquerons en fin de partie quelques résultats issus des travaux des neurosciences sur les représentations du corps, actuellement en plein essor.

L'hypothèse principale que j'ai soutenue jusqu'à maintenant est que l'anorexie est une tentative de défense radicale contre les changements corporels impulsés par la puberté et le travail psychique qu'ils induisent (80). La tyrannie du corps constitue à ce titre une tentative de maîtrise contre ces modifications perçues comme menaçantes et qui échappent. Gommer les signes de féminité revient à lutter contre la sexualisation du corps et des relations (46).

L'hypertonie peut être assimilée à une « carapace », à un « Moi-muscle » qui viendrait suppléer un Moi-peau défaillant et donner la sensation d'être limité, d'exister (54,59). A l'extrême, le « Moi-muscle », défaillant à son tour, pourrait être substitué par un « Moi-viscère » autour du tractus digestif, associant un mérycisme au cortège symptomatique déjà extrême (59). L'hyperactivité permet de contrôler les pulsions, les excitations internes qui risquent de déborder. Elle entraîne une extinction des affects, des émotions et des pensées insupportables, mais aussi de toutes les autres. Le langage est comme désincarné, ayant perdu son ancrage corporel, charnel (54,55). Il en est de même pour les souvenirs. Les patientes se retrouvent dans un temps suspendu, déconnecté du passé et de l'avenir. Les aider à retrouver une écoute de leurs sensations, une contenance propre, à lier perceptions, représentations et émotions, à renouer avec leur histoire intime, à retrouver un langage incarné constituent probablement des étapes nécessaires à la guérison (55).

Le vacillement identitaire à l'adolescence renvoie aux premiers temps de la construction identitaire. Nos hypothèses nous amènent à penser, dans une perspective développementale, que chez certaines patientes, ces premières expériences ont été fragilisées ou défaillantes, et n'ont pas permis la constitution d'un sentiment d'existence suffisamment solide. Cette focalisation sur les premières expériences ne doit toutefois pas nous faire oublier le rôle des étapes ultérieures dans le développement de l'enfant et des effets de rencontre et de hasard qui seront un atout ou un handicap selon la sécurité intérieure du sujet au moment où il y est confronté (46). Corcos développe également l'idée que, loin de tout déterminisme ou fatalisme, l'évolution des sujets qui ont été confrontés à des défaillances précoces « est ce que fait [le sujet] de ce qui lui a été fait et de ce qui n'a pas eu lieu ». Dans ce paragraphe, je vais essentiellement exposer les hypothèses émises par M. Corcos dans son livre Le corps absent.

Il précise que celles-ci s'appuient sur des expériences cliniques et des suivis psychothérapeutiques d'adolescentes en face à face et non sur l'observation d'interactions mère-bébé. Elles reflètent donc les représentations subjectives des patients (et des thérapeutes) dans un travail de reconstruction historique qui prend sens dans l'ici-et-maintenant. La réalité historique des faits et de la relation mère-enfant a donc été remaniée par ce que le sujet a pu en percevoir à ce moment-là et les stratégies défensives qu'il a pu mettre en place, ainsi qu'à son évolution historique et son fonctionnement actuel. Cette part de réalité historique, bien qu'à manier avec prudence car elle ne pourra jamais être complètement connue, ne doit toutefois pas être niée (81).

Corcos se focalise sur les tous premiers temps du bébé, où prime la relation à la mère (ou la personne qui en tient lieu). Le rôle de l'environnement, en particulier du père, est déterminant mais « vient toujours après » (46). Il avance la notion de « défaillances maternelles », qui sans intention culpabilisante, renvoie aux défaillances que les mères ont pu elles-mêmes vivre dans leur prime enfance et que la grossesse vient réactiver. Ces défaillances peuvent se manifester sous forme de carences ou de dysfonctionnements, ces deux phénomènes pouvant s'interpénétrer. Corcos précise la nature des dysfonctionnements dans le holding : discontinuité des soins maternels générant des réactions motrices et somatiques à l'origine d'une altération du sentiment de continuité de soi de l'enfant ; capacité de rêverie maternelle parasitée par la dépression ou l'excitation ; interrelations corporelles perturbées par une phobie maternelle du toucher (sous-tendue notamment par des fantasmes d'effraction ou de contamination) ou des phobies d'impulsion, entraînant un manque d'investissement libidinal du soi corporel ; soins réalisés de manière opératoire, dans un clivage corps-psyché, avec par exemple une réponse alimentaire à toute excitation du nourrisson, ne permettant pas à ce

dernier de s'apaiser, ni d'identifier correctement et de manière différenciée ses sensations. Ce sont ces expériences de non-vécu et de non-éprouvé corporel qui seraient à l'origine d'un clivage corps-psyché et d'une instabilité de la cohésion psychosomatique. Ces expériences de non-vécu et de non-éprouvé semblent également figurées et « toujours présentifiées dans le comportement anorexique ». « Il importe pour le sujet de garder active (et de la réactiver dans le traitement) la nature singulière de sa relation d'objet primaire, même si celle-ci est défaillante et/ou toxique ; parce qu'elle a présidé à la constitution de son moi (identité) et qu'il faut compulsivement la revivre pour ne pas perdre ce moi ». M. Corcos précise que ces expériences de non-vécu n'ont pas été totales ni permanentes. Elles ont été bornées d'expériences de satisfaction, sans quoi le sujet ne pourrait se représenter l'absence. Corcos souligne que c'est probablement de ces expériences satisfaisantes, imparfaites ou discontinues, que naît l'idéalisation de l'objet, avec un accrochage quasi addictif à l'image idéale de la mère qui vient lutter contre l'angoisse de déréliction (d'abandon), de solitude vécue en son absence (46).

Il arrive également que l'enfant devienne un « complément narcissique » de la mère et que sa singularité ne soit pas ou peu prise en compte, dans une forte indifférenciation voire une confusion des corps de la mère et de l'enfant. Souvent, dans ces situations, le père (ou la personne qui tient lieu de tiers) ne joue pas assez le rôle de tiers séparateur, soit parce que la mère ne lui en laisse pas la place, soit parce qu'il est lui-même parasité par sa propre histoire (72). Enfin, cette relation peut être marquée par des vécus d'intrusion et d'effraction, que ce soit dans des traumatismes sexuels « avérés » ou, plus souvent selon Corcos, par des liens incestueux. La question de l'intimité est ici centrale.

Ce défaut de contenant est à l'origine d'un effacement des limites interne-externe, mais aussi inconscient-conscient (se traduisant par une crudité des fantasmes) et psyché-soma (46). J. Carraz énumère les angoisses dites archaïques qui sont générées par cette fragilité des frontières du Moi : l'angoisse de se vider et de ne plus exister, l'angoisse de fusion, l'angoisse d'intrusion et d'emprise, l'angoisse d'abandon (72). Comme nous l'avons précisé plus haut, nous pouvons supposer que le symptôme corporel dans l'anorexie mentale a une fonction de *self-holding*, de contenir par le corps des affects intolérables car menaçant le soi.

Selon M. Corcos, tous les cas de figure énumérés ci-dessus pourraient se résumer à une défaillance du « rôle de miroir » de la mère, qui aura pour conséquence une imparfaite intégration du moi dans le temps et dans l'espace, de son unité psycho-corporelle. « Des entraves plus ou moins sévères l'empêchent [la mère] de se porter garant de la vitalité, voire de la réalité de la vie » (46). Cliniquement, on retrouve chez les patientes ce besoin quasi compulsif d'un regard dans lequel elles puissent se sentir exister. Mais celui-ci devient vite menaçant, pris dans une problématique de dépendance. P. Jeammet souligne ainsi le paradoxe : « Si elles ne sont pas vues, elles se sentent sans valeur et dès qu'elles sont vues, elles se sentent menacées d'intrusion » (cité par (72)). Il cite également E. Kestemberg, dans son livre La Faim et le Corps : « Ce maintien de la distance est sensible. Mais, pourtant, on ne peut pas ne pas percevoir chez l'adolescente anorexique le désir presque conscient, réprimé mais non refoulé, d'un contact avec quelqu'un ni même son espoir confus que l'analyste aille au-delà de ce qu'elle exprime pour l'aider à mieux comprendre ce qui se passe en elle. Paradoxalement, elle souhaite quelque chose en même temps qu'elle voudrait ne pas le souhaiter ; [...] elle désire être comprise mais craint d'être privée d'une part de sa personne par sa compréhension même » (3). Les patientes ont à la fois peur d'être transparentes et

besoin d'être devinées. Elles cherchent un « auxiliaire psychique pour penser » (46). L'ajustement de la distance relationnelle soignant-soignée est donc un enjeu majeur et particulièrement délicat des soins.

2.1.3 Les représentations du corps dans l'anorexie mentale : apport des neurosciences

Des travaux plus récents issus des neurosciences sont venus apporter un nouvel éclairage sur la place du corps dans la physiopathologie de l'anorexie mentale. Sans se risquer à des comparaisons hâtives, nous verrons que certains résultats ne sont pas sans évoquer les concepts abordés dans la partie précédente. L'utilisation de termes identiques désignant des concepts pourtant différents renforce le risque de confusion épistémologique (82).

Dans cette perspective, deux niveaux de représentation du corps sont retrouvés, impliquant des réseaux cérébraux distincts mais reliés (83,84). Le premier, appelé *schéma corporel*, se situe à un niveau non conscient et automatique. Il donne une représentation du corps dans l'espace, de ses limites, à partir de l'intégration des différentes informations sensorielles (en particulier visuelles, tactiles, proprioceptives et vestibulaires). Il assure ainsi pour le sujet la perception d'un schéma corporel cohérent et continu dans le temps, mais permet également l'anticipation d'une action motrice à mener. Des études portant sur des patients atteints de lésions cérébrales et présentant une hémiparésie ou un syndrome de la main étrangère ont mis en évidence l'implication du cortex pariétal droit dans ces symptômes (84,85). Des études menées sur des singes ont confirmé ces résultats et ont permis d'inférer que le cortex pariétal serait le lieu d'une intégration multisensorielle des différentes informations ayant transité par les aires sensorielles primaires (occipitales pour la vision, temporal pour l'audition, etc) (86). Le deuxième niveau de représentation corporelle, appelé *image du corps*, concerne les représentations conscientes non impliquées dans l'action, perceptuelles, émotionnelles,

sémantiques et esthétiques (87). Il s'agit d'une notion complexe qui suscite encore de nombreux questionnements (sur son unicité et le degré de conscience associé notamment). Au niveau clinique, certains syndromes tels que l'autotopoagnosie rendent compte de cette dissociation. En effet, dans l'autotopoagnosie, le patient n'est pas capable de désigner et d'identifier différentes parties de son corps alors que la coordination et l'orientation du corps dans l'espace sont intactes (84). Une lésion de l'hémisphère gauche, au niveau temporo-pariétal, est retrouvée chez ses patients, laissant supposer son rôle dans les réseaux qui soutiennent l'image du corps. Il est également probable que ceux-ci soient reliés aux réseaux impliqués dans la référence à soi et les émotions (84).

La nature des liens entre ces deux niveaux de représentation n'est pas connue. S'agit-il de processus *bottom-up* (une altération de l'intégration sensorielle conduit à une perturbation de l'image du corps) ou *top-down* (une perturbation de l'image du corps, par des processus psycho-affectifs tels qu'une faible estime de soi, conduit à un trouble du schéma corporel) ? La clinique de l'anorexie mentale laisse supposer qu'une interrelation et un dialogue permanent existent entre ces processus (83). En effet, les troubles de l'image corporelle entraînent une insatisfaction corporelle, altèrent l'estime de soi et conduisent les patientes à agir selon ces représentations perturbées. Cela vient renforcer les troubles de l'image corporelle et induit un véritable cercle vicieux.

Les résultats d'une étude menée en 2010 par des équipes lilloises rendent bien compte de ce phénomène d'interrelation (87). L'hypothèse centrale est que le biais de surestimation (les patientes anorexiques se croient souvent plus grosses qu'elles ne le sont en réalité) ne résulte pas uniquement de croyances erronées sur leur corps (dimension psycho-affective). Il relèverait également d'un traitement anormal des informations perceptivo-motrices qui

viendrait entraver les représentations du corps en action. Dans le paradigme expérimental proposé, les sujets devaient se représenter les dimensions de leur corps dans une action simulée. Confrontées à l'image d'une ouverture d'une certaine largeur, elles devaient imaginer si elles pouvaient ou non passer par cette ouverture sans avoir à se tourner. Comparativement à un groupe témoin, les sujets anorexiques surestimaient de manière statistiquement significative la faisabilité de l'action au regard de la largeur réelle de leurs épaules. Les auteurs en concluaient que non seulement elles se percevaient plus grosses qu'elles ne l'étaient, mais qu'elles agissaient également en conséquence, venant possiblement confirmer par l'action leur impression subjective. Cette surestimation était par ailleurs corrélée à la durée des troubles et au niveau de préoccupation corporelle et d'insatisfaction. Ce dernier résultat suggérait l'existence de boucles renforçatrices entre les croyances erronées issues de dimensions psycho-affectives (insatisfaction, préoccupation corporelle) et de troubles de la perception corporelle. À noter enfin un autre résultat intéressant, à savoir l'existence d'un léger biais de surestimation dans la population témoin. Ce résultat était également retrouvé dans des études portant sur la population générale (84,87).

Ces résultats ouvrent des perspectives thérapeutiques intéressantes, en particulier de remédiation cognitive (84). À un premier niveau, sensori-moteur, les auteurs suggèrent la réalisation d'ateliers mettant en jeu le corps dans l'espace afin de réactualiser les représentations corporelles et de diminuer les biais de surestimation. Ils citent un dispositif thérapeutique original conçu par Grunwald et Weiss qui consiste en une stimulation intensive de la surface du corps (83,88). Une patiente anorexique devait porter une combinaison en néoprène conçue sur mesure pendant une heure trois fois par jour, sur une durée de 15 semaines. Les auteurs relevèrent une augmentation significative du poids, une amélioration

des distorsions corporelles et une normalisation de l'activité électroencéphalographique dans le cortex pariétal droit, qui est supposé impliqué notamment dans l'intégration des informations somatosensorielles. Ils concluaient que le port de la combinaison entraînait une augmentation de l'activation du cortex pariétal droit, qui était elle-même responsable de l'amélioration des représentations du schéma corporel, donc de l'amélioration des distorsions corporelles et du poids. Ils relevaient toutefois que quatorze mois après le début de leur étude, tous ces paramètres étaient revenus à leur valeur initiale.

Une autre piste thérapeutique suggérée par Guardia est l'utilisation de la réalité virtuelle pour le traitement des distorsions corporelles (83). Dans une perspective théorique différente, Pommereau *et al* proposent aux jeunes anorexiques hospitalisées de créer leur avatar numérique à partir du jeu des *Sims* (jeu de « simulation de vie » sorti en 2000, dans lequel le joueur crée des avatars qu'il fait évoluer au quotidien) (89). Cette proposition suscite initialement peu d'enthousiasme chez les patientes qui se montrent peu intéressées par les jeux-vidéos qui semblent connotés négativement à leurs yeux. À cela s'ajoute le fait que le jeu des *Sims* ne leur permet pas « d'affiner » leur avatar. Leur intérêt pour l'atelier s'éveillera lorsqu'un patient trouvera le moyen de « faire fondre » l'avatar à l'aide d'un autre logiciel. Les adolescentes pourront ainsi exprimer *de visu* « à quels endroits du corps elles se veulent maigres, sous peine de se voir énormes et de ne pas supporter cet état » (89). Cela les mènera également à développer des avatars laissant voir les os sous la peau, exprimant ainsi probablement leur besoin d'étayage « en dur » pour pallier au vécu de vide intérieur. Le projet est intitulé « Danse avec les os ».

2.1.4 Synthèse

Les souffrances dans l'anorexie mentale s'expriment dans et par le corps. Les médiations corporelles présentent donc un intérêt certain dans la prise en charge. Depuis le début de ce travail, nous avons déjà évoqué certains exemples de soins psychocorporels et avons insisté sur leur nécessaire articulation avec les autres dimensions du soin dans le cadre de la prise en charge globale. Nous allons maintenant aborder les médiations corporelles à partir du développement théorique mené ci-dessus (*parties 2.1.1 et 2.1.2*). Comment penser les médiations corporelles dans l'anorexie mentale ? Comment rencontrer la patiente et son corps, et surtout, comment accompagner la patiente à rencontrer son corps ? Peut-on toucher les patientes anorexiques ? (90). Nous nous centrerons sur la pratique des enveloppements thérapeutiques chauds. En effet, cette mise à mal du corps, ce défaut de contenance et le recours des patientes à des enveloppes pathologiques ont conduit des soignants à s'inspirer des travaux sur la méthode thérapeutique du packing dans l'autisme et la psychose, pour en rechercher des applications dans les cas sévères d'anorexie mentale. Précisons d'emblée qu'actuellement, le packing est une thérapie décriée et non recommandée (91,92). Au-delà de tout parti pris, l'expérience clinique du service a amenée à contre-indiquer la pratique du packing dans l'anorexie mentale, car l'enveloppement froid aggravait les troubles métaboliques chez les patientes, en particulier l'hypothermie. L'objet de cette thèse n'est donc pas de soutenir l'application du packing dans l'anorexie mentale. Néanmoins, certains fondements théoriques du packing sont intéressants pour penser les SMMS, c'est pourquoi nous les rapportons ici. Bien qu'ils partagent l'idée d'un travail sur les enveloppes corporelles, les SMMS sont différents du packing, à la fois dans leurs modalités thérapeutiques et dans leurs hypothèses.

2.2 Enveloppements thérapeutiques et anorexie mentale

2.2.1 Les médiations corporelles

Les soins à médiations connaissent un essor notable depuis plusieurs années, en particulier dans le champ de l'adolescence (61). Pour en évoquer les grands principes, nous nous appuyerons essentiellement sur les travaux de C. Potel et O. Gaucher-Hamoudi, toutes deux psychomotriciennes (45,54,66). Elles s'inspirent en grande partie de concepts psychanalytiques, dont certains ont été développés ci-dessus et d'autres plus récents, autour des symbolisations primaires. Nous souhaitons toutefois réaffirmer que ces théorisations sont loin d'être les seules à pouvoir sous-tendre les soins corporels et que les médiations corporelles ne sont bien sûr pas l'apanage des psychomotriciens (en témoigne, je l'espère, ce travail de thèse).

Le fil conducteur des soins psychocorporels est que « c'est dans le mouvement continu entre expériences du corps et vie psychique que se construisent non seulement l'enfant, mais aussi l'adolescent et l'adulte. Cet équilibre demeure la condition essentielle pour qu'un individu, quel qu'il soit, *reste vivant à lui-même* et au monde tout au long de sa vie » (45). Le terme de médiation renvoie aux définitions suivantes dans le dictionnaire : mettre d'accord, intermédiaire, processus créateur. Le rôle des thérapies à médiation est de permettre de donner forme à ce qui n'est pas encore organisé, ce qui est resté à l'état d'excitation et non lié dans le langage. Cette excitation non liée s'inscrit sous forme de « traces » dans le corps. Roussillon reprend les travaux de Freud pour développer une théorie « de la trace et de la mémoire » (81). Le postulat en est : « on garde trace de tout, à un niveau ou à un autre de la psyché » et « on répète tout, du moins tout ce qui est significatif, même si l'effort central de *notre subjectivité* est précisément de répéter autrement » (81). Dans cette idée, si l'adolescente anorexique « répète » les vécus d'absence et de vide, c'est précisément parce qu'ils n'ont pu

être transformés, être représentés, au contraire du bébé qui, dans une relation à la mère « suffisamment bonne » est capable de transformer les moments d'absence en créativité, c'est-à-dire de se représenter l'absence (*cf partie 2.1*). Nous empruntons à nouveau à Jeammet l'image suivante (3) : lors du coucher, certains bébés vont se protéger de l'angoisse liée au vécu de séparation par une activité de rêverie autour de souvenirs agréables de la présence maternelle, en s'aidant éventuellement d'un doudou ou du suçotement de leur pouce (par cette activité de rêverie et ces jeux corporels, il se *représente* l'absence et la rend tolérable). D'autres vont essayer d'effacer toute trace de la mère manquante par le recours à un balancement rythmique de leur corps, pouvant aller parfois jusqu'à cogner leur tête contre les bords du lit. « La violence de la sensation prend alors le pas sur la pensée, effaçant les sentiments dépressifs au prix d'une souffrance physique dont l'intensité paraît proportionnelle à l'effort nécessaire pour évacuer le lien désormais douloureux ». Les sensations compensatrices permettent de gommer « jusqu'au souvenir de sa présence ». Le troisième cas de figure est paradigmatique de la situation de dépendance : le bébé éprouve une grande angoisse en l'absence de sa mère. Pour la contrôler, il va s'accrocher à des objets ou des sensations destinés à l'apaiser, tels que la lumière allumée, par exemple. « Faute de sécurité interne suffisante [...], le besoin d'être rassuré est satisfait par un objet de substitution » (3).

Cette activité de représentation est appelée, chez ces auteurs, symbolisation. Elle se divise en deux modalités : la symbolisation primaire, qui transforme les traces « perceptives » en une première représentation, les « représentations-chose », inconscientes, puis la symbolisation secondaire qui transforme ces dernières en « représentations-mots », c'est-à-dire en traces verbales préconscientes, donc accessibles à la conscience (54). Le travail de symbolisation

abouti, résume C. Infurchia, « permet au sujet d'entrer dans l'*appropriation subjective* de son expérience et de construire un *regard réflexif* sur cette expérience » (93).

Le rôle de la médiation (corporelle, sensorielle ou autre) est d'accueillir les traces non liées et de donner l'occasion au sujet de les transformer, de les symboliser, donc de les intégrer dans le psychisme et, ce faisant, retisser les liens entre soma et psyché (45). Ces auteurs s'inspirent des travaux de Winnicott (*cf partie 3.1.2*) et définissent les médiations thérapeutiques comme des activités à valence symbolique, « dans un champ transitionnel qui fait lien entre soi et le monde » (66). Il ne s'agit pas de faire semblant de jouer mais de jouer à faire semblant. La médiation doit être investie pour elle-même pour avoir une valeur de symbolisation. Le rôle du thérapeute est non pas de « traduire » en interprétation ce qu'il perçoit, mais de se laisser lui-même toucher, traverser par les sensations et les émotions et « qu'il en dise quelque chose » (45). Le rôle du soignant consiste avant tout à « réfléchir ce qui est déjà là pour être vu » (Winnicott cité par (61)). Le soignant s'efface peu à peu, au fur et à mesure de l'appropriation de l'objet médiateur par le patient, même s'il reste discrètement présent. C'est à partir de cette rencontre que la mise en langage va se faire. La qualité du cadre et de la présence du/des thérapeute(s), leur capacité à s'appuyer sur leurs propres sensations et émotions qu'induit la rencontre avec le patient, vont donc être essentielles pour que l'utilisation d'une médiation particulière soit thérapeutique. Le fait que les soins s'inscrivent dans une dimension de plaisir partagé l'est également (66). La médiation ne fait pas de bruit, écrivent Catheline et Marcelli, elle opère « comme si de rien n'était » (61). À l'instar de l'aire transitionnelle décrite par Winnicott, elle est une aire intermédiaire d'expériences à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et extérieure, sans que la question de leur appartenance respective ne soit posée. Elle est une aire sans conflit, où les frontières et les

limites s'effacent. De cette aire intermédiaire peut émerger un « geste créateur », « ce geste qui donne à celui qui l'accomplit un sentiment de plénitude, *l'expérience d'être complètement lui-même*, la croyance que ce geste exprime (au sens quasi étymologique : fait sortir) quelque chose qui a à voir avec *sa vérité* » (61). La créativité permet une issue à la tension narcissico-objectale propre à l'adolescence et si sensible dans l'anorexie (*cf partie 2.1.1*). Elle permet l'expression du couple dépendance/autonomie dans une zone non conflictuelle où ce qui appartient à soi et ce qui appartient à l'autre n'est pas questionné, dans une zone de « recouvrement indistinct » où la créativité peut émerger. L'objet de médiation contient l'excitation et la menace inhérente à une relation duelle, propose un espace tiers et neutre. Enfin, « obligés de cohabiter », cette aire transitionnelle permettra au corps et à la psyché de trouver « un terrain d'entente minimum ». Par sa création, l'adolescent peut affirmer sa « singularité individualisante » tout en s'appuyant sur un sentiment de « mêmeté » dans la mesure où cette création « semble venir du plus profond de lui-même » (61). Les soins à médiation permettent donc d'accompagner les adolescents dans ce travail de transformation inhérent à cette période (comment conserver le sentiment d'être toujours le même dans un corps et un psychisme engagés dans une profonde transformation ?) tout en respectant leur besoin d'en être l'auteur.

L'enveloppement thérapeutique ne répond pas tout à fait à la définition « d'objet de médiation » que nous venons d'explicitier au sens où il ne peut être transformé en objet de création. Il vise toutefois, comme nous allons le voir, bien à « médier » la rencontre entre le patiente et les soignants, à faciliter par sa contenance un regard sur soi, une appropriation subjective de ses éprouvés, en vue de relancer les processus de pensée et de créativité.

2.2.2 L'enveloppement thérapeutique

2.2.2.1 Une modalité thérapeutique particulière : le packing

Le packing (ou enveloppement humide) est une technique de soins qui consiste à envelopper le patient dans des linges humides et à utiliser le temps du réchauffement pour mettre en place et/ou favoriser le travail psychothérapeutique (74). Le mot packing vient du verbe « to pack » qui signifie remplir, emballer, mettre dans. Lors des séances de packing, le patient est libre de parler, de se taire, voire de dormir (73). Les soignants, qui sont situés de chaque côté et aux pieds du patient, observent, sont attentifs à ce qui se vit pour lui et dans les interactions. La séance dure 30 à 60 minutes. Elle est suivie d'un temps de collation qui assure un espace intermédiaire entre celui du pack et l'extérieur. Après les séances, un compte-rendu écrit est rédigé en s'inspirant de la technique de l'observation directe d'E. Bick (78). Des réunions de supervision ont régulièrement lieu afin de pouvoir analyser les éléments transféro-contre-transférentiels et élaborer progressivement une mise en récit, en sens, sur laquelle le patient pourra s'appuyer pour réinvestir ses sensations, son corps, et reconstituer peu à peu une stabilité de son Moi-peau. P. Delion insiste ainsi sur la prise en considération des enveloppes institutionnelles, en écho aux enveloppes corporo-psychiques (78). Enfin, Anzieu résume ainsi l'objectif du packing : il s'agit d'apporter une « enveloppe de secours », provisoire, au patient. « C'est là le grossissement d'un phénomène constatable chez les gens normaux qui ont besoin de reconfirmer périodiquement par des expériences concrètes leur sentiment de base d'un Moi-peau » (71).

Historiquement, le packing appartient au groupe des traitements par l'eau, qui étaient déjà utilisés dans l'Antiquité (74). P. Delion précise que les premières descriptions sont retrouvées en 1850 dans les Annales médico-psychologiques, sous le terme « d'embaillotement humide ». Ces méthodes furent peu à peu désaffectées, puis remises à l'honneur par P.

Sivadon à partir de 1948, cité par P. Delion : « l'eau comme agent physique est utilisée essentiellement comme *médiateur symbolique* pour favoriser le sentiment de sécurité, la prise de conscience de l'existence corporelle et la relation avec les objets et les personnes » (74). La technique des enveloppements est ensuite investie par les psychanalystes, à commencer par l'américain Woodbury qui réintroduit la technique en France et intègre la dimension relationnelle en adjoignant la présence d'un infirmier. Différentes équipes, en particulier celles de P. Delion, ont continué à enrichir la pratique du packing de différents abords théoriques (institutionnel, neurophysiologique, développementaliste notamment). Les indications premières concernaient essentiellement les patients souffrant de troubles psychotiques et autistiques sévères, puis elles s'étaient étendues aux formes graves d'anorexie mentale. Précisons que le packing a été l'objet de vives polémiques et que sa pratique est depuis 2016 interdite dans les établissements médico-sociaux (91,92). Il n'est actuellement pas indiqué dans l'anorexie mentale (*cf supra*).

Dans son livre sur le packing, le Pr Delion précisait que les indications pouvaient être étendues aux enfants et adolescents anorexiques en très grande difficulté et chez lesquels la dimension de déni de l'image du corps était manifeste (74). Il rapportait l'histoire de Paula, une jeune adolescente de onze ans qui était hospitalisée pour anorexie mentale. Devant la stagnation de son état clinique malgré les soins dispensés et la mise en évidence lors des activités thérapeutiques d'un déni marqué de son image du corps, les soignants avaient proposé à Paula et ses parents le soin de packing. L'intérêt pensé par l'équipe était la modification du cadre de la psychothérapie, prenant en compte « ce déni farouche du fonctionnement du corps » (*ibid*). Progressivement, les séances avaient permis à Paula de

parler de ses sensations et de réinvestir son corps. Après une évolution clinique favorable, le travail s'était prolongé par une médiation différente, la pâte à modeler.

Dans son travail de thèse, C. Lefetz présente la situation clinique d'une adolescente de 14 ans, Alice, hospitalisée pour anorexie mentale (73). Après avoir repéré chez la patiente un défaut de contenance, source d'angoisses archaïques ne pouvant être élaborées, les soignants démarrent avec elle, avec son consentement et celui de ses parents, des soins de packing, à raison de deux séances par semaine. Vingt-et-une séances auront lieu en tout. C. Lefetz restitue dans son travail trois éléments rapportés par la patiente lors de la reprise finale : son refus de poursuivre les enveloppements en raison du froid (que l'auteur interprète également comme le « froid » régnant avec les soignants lors des séances), la diminution de ses exercices musculaires, maintenant investis sur le mode du plaisir et sans se faire mal, et, enfin, l'évocation de souvenirs d'enfance qu'elle ne pouvait dire ailleurs car « c'est trop difficile », « elle n'aime pas parler de cette période, ni y penser ».

À partir de cette dernière réflexion, nous pouvons émettre les hypothèses suivantes. Nous pouvons imaginer que la sécurité dans laquelle se trouvait Alice au moment des séances lui a permis de s'autoriser à évoquer des souvenirs de son enfance, voire à y penser, et à affronter les émotions qu'ils étaient susceptibles de réactiver. En effet, la présence bienveillante des soignants, l'atmosphère singulière des séances et la concrétude de l'enveloppement assurent cette fonction de contenance et de protection. Nous pouvons également supposer que l'expérience de l'enveloppement a permis une remobilisation des éprouvés corporels primitifs, des « traces perceptives », qui ont pu être transformées en émotions, en mots, c'est-à-dire que le sujet a pu « en dire quelque chose », dans un partage affectif avec les soignants (45,59). L'auteur ne précise pas la tonalité émotionnelle des souvenirs évoqués par Alice.

Souvent, dans l'anorexie mentale, les expériences traumatiques abrasent les souvenirs de tendresse parentale effective (46). Pourtant, ceux-ci ont généralement existé. Ainsi, les enveloppements visent à faire resurgir également les bons souvenirs.

2.2.3 Synthèse

Jusqu'à maintenant, nous avons développé l'hypothèse que les symptômes anorexiques constituaient des moyens de protection face à la menace d'effondrement qu'induisent les nécessaires remaniements de l'adolescence chez des sujets fragilisés, en premier lieu le travail de séparation-individuation et d'identification. C'est l'identité même, le sentiment d'existence et l'unité corps-psyché qui sont menacés d'effondrement et nous avons émis l'hypothèse que ces difficultés étaient dans certains cas en continuité avec ce qui s'était joué durant les premiers temps de l'existence. C'est en effet au cours de cette période que les premiers fondements du sentiment continu d'exister, en tant qu'être singulier et différencié de l'autre, dans une identité incarnée corporellement, se mettent en place, grâce aux relations avec autrui, en premier lieu la mère. Nous avons, avec Corcos, émis l'hypothèse que, pour des raisons différentes et propres à l'histoire personnelle et familiale de chaque patiente, celles-ci ont manqué d'un regard, d'un portage suffisant pour leur assurer ce sentiment continu d'existence. Non pas que ce regard et ce portage aient été complètement absents, des expériences satisfaisantes ont eu lieu, mais de manière discontinue ou insuffisante. Nous avons émis l'hypothèse que ces expériences de non-vécu et de non-éprouvé ont laissé inscrites chez les sujets des traces d'excitation n'ayant pu être liées, c'est-à-dire mises en sens et intégrées dans le psychisme, qui vont se répéter corporellement et contribuer, au moment de l'adolescence, à désorganiser le sujet.

Ces moyens de défense vont parfois mettre en échec les psychothérapies classiques, en face-à-face, soit du fait d'inhibitions massives, d'un évitement émotionnel ou d'une prévalence des conduites agies venant court-circuiter la pensée (46). Afin de faciliter le travail psychothérapeutique tout en respectant les défenses du sujet avant de les assouplir peu à peu, il paraît nécessaire de travailler sur la contenance du cadre. L'enveloppement thérapeutique a pour objectif de proposer une « enveloppe de secours » au patient pour favoriser le travail psychothérapeutique. Il s'agit de « lui faire gagner du temps de présence à soi » (46). Dans ce travail de réappropriation de soi, de son corps et de son histoire, nous avons vu comment le cadre proposé pouvait faire resurgir des souvenirs que la patiente croyait oubliés ou auxquels elle craignait de se confronter. Quelle(s) fonction(s) thérapeutique(s) peut avoir la remémoration chez les patientes anorexiques, en particulier à l'adolescence ?

2.3 Fonctions de la remémoration dans l'anorexie mentale

2.3.1 Abord psychodynamique

Intuitivement, il est facile d'envisager qu'il existe un lien ténu entre identité et souvenirs, entre mise en récit de soi et sentiment d'existence. On comprend dès lors l'intérêt d'un travail autour des souvenirs dans l'anorexie mentale où la problématique identitaire est si aiguë et douloureuse.

Cliniquement, les patientes éprouvent des difficultés à évoquer des souvenirs personnels, laissant souvent place à une « page blanche » (« je n'ai aucun souvenir de mon enfance », disait Agathe dont nous avons relaté l'histoire clinique dans la partie 1.1.2), ou à des évocations désincarnées, teintées de peu d'émotions et de peu de détails. A cette difficulté d'évocation de souvenirs répond celle des projections dans l'avenir. Les patients semblent

figer le temps dans un présent éternel, voire un hors-temps donnant le sentiment d'une existence suspendue.

Des éléments psychopathologiques développés dans la partie précédente peuvent être mis en lien avec ces éléments cliniques. D'une part, la prévalence des sensations sur les émotions dans l'anorexie mentale, qui a pu s'originer dans le « désaccordage » affectif qui s'est opéré lors des premières relations, laissant les éprouvés du bébé sans mots, donne lieu à des évocations « désincarnées », sans arrimage charnel, ou à des souvenirs « corporels », dont la mémoire s'est inscrite dans des sensations et dont les émotions et les sentiments qui pouvaient y être associés n'en ont pas été dégagés ou perçus (55). A. Birraux, citant Decobert et Kestemberg dans La Faim et le Corps, écrit : « [les patientes évoquent en thérapie] peu de souvenirs, comme si les voies de passage entre aujourd'hui et hier étaient obturées, et comme si le retour en arrière était vécu de manière dangereuse » (47). En outre, la tentative de maîtrise du temps qui passe dont semblent faire preuve les patientes, peut être envisagée comme un moyen de défense contre les angoisses réactivées par l'adolescence. « Si le temps s'immobilise ; si plus rien ne bouge... alors l'angoisse de séparation est annihilée » (46).

Belamich et Constantino abordent la fonction de la remémoration à l'adolescence sous l'angle de la perte et du renoncement (94). Comme nous l'avons déjà précisé, l'adolescence est un temps de séparation. Le sujet doit se séparer de son enfance et de ses illusions, se détacher de ses parents et renoncer à la base de sécurité qu'ils offraient jusqu'alors. Ce renoncement douloureux est une promesse de nouvelles rencontres, mais renvoie également au temps qui passe et à la mort. En grandissant, le sujet se rapproche de la mort et en rapproche toujours un peu plus ses parents. La tentation est grande d'abolir le temps, en évitant notamment d'inscrire son histoire dans une temporalité, privilégiant l'acte instantané dans l'ici et le

maintenant. Herlant *et al* soulignent que l'adolescence met en jeu « une oscillation permanente entre l'ici et le maintenant, entre le passé et l'avenir, entre la vie et la mort » (95). Les transformations corporelles impulsent jusque dans la chair la question du temps. Reprenant les concepts de dépendance et d'autonomie développés par Jeammet, ils soulignent à quel point l'attente que les adultes tentent d'opposer à l'impatience des adolescents, peut les exaspérer car le temps renvoie à la passivité, donc à leur dépendance et à leur attente à l'égard de l'adulte. La capacité du sujet à se réinscrire dans une continuité temporelle dépendra, une fois encore, de la sécurité interne qu'il aura pu se construire, en particulier au cours de ses premières expériences (*ibid*).

Nous avons à ce titre déjà souligné la régularité et la rythmicité nécessaire des soins pour la mise en place d'une sécurité affective (*cf partie 2.1.2*). Par extension, nous avons évoqué l'intérêt d'une rythmicité suffisamment contenant dans les soins pour les patientes anorexiques (régularité des horaires de repas, d'activités, respect des temps de sommeil, de repos etc), mais non rigide afin d'éviter la mise en place d'une ritualisation potentiellement mortifère et de laisser la place à des temps « interstitiels » au cours desquels leur créativité peut s'exprimer, que ce soit dans la rencontre avec soi-même ou avec les autres, notamment les autres patientes, à l'abri du regard des soignants (nous empruntons à P. Delion le terme de « temps interstitiels », qu'il a développé dans ses réflexions sur l'accueil des patients psychotiques en institution (96)). Ces temps interstitiels, où rien n'est prévu a priori, sont souvent sources d'angoisse chez les patientes, les renvoyant probablement à un sentiment de « vide » insupportable ou les confrontant douloureusement à la solitude et à elles-mêmes. Il est nécessaire de pouvoir les y accompagner. Pour que le sujet, en particulier à l'adolescence et lorsque son histoire est marquée de discontinuités, puisse se réinscrire dans une continuité

temporelle, articulant passé, présent et avenir, il doit pouvoir l'éprouver dans la relation à l'autre, dans un temps partagé et intersubjectif (95).

« Se souvenir de l'enfant d'hier, écrivent Belamich et Constantino, c'est pouvoir le quitter progressivement. Parce que se souvenir, c'est éprouver et ressentir la perte par le resurgissement d'affects que cela provoque et par l'écart temporel que cela réinstaure » (94). Pour certains, ce deuil est impossible. Les auteurs évoquent le cas de Sophie, une patiente hospitalisée pour une anorexie grave et ancienne. Elle est décrite comme en proie à une angoisse de séparation majeure, toute séparation semblant vécue comme la menace d'un effondrement et d'une dépression sans fond. Pourtant, Sophie acceptera peu à peu d'entrer dans un travail d'élaboration de la perte, notamment au travers des médiations proposées. Les auteurs citent en particulier l'atelier senteur, au cours duquel elle s'autorise à évoquer des souvenirs d'enfance et à renouer avec son « vécu perdu ». Un temps, elle ne parlera d'elle plus qu'au passé. Puis, repartant de l'enfance, elle pourra réinvestir peu à peu son présent et « prendre le risque de vivre à nouveau en ayant moins peur ». Les auteurs notent que la remémoration mobilise un processus d'élaboration qui remet en mouvement la narration, permettant une possible transformation et un possible deuil. L'intérêt est donc moins la remémoration du souvenir isolé, mais la chaîne associative qu'il déclenche. « Le souvenir, par sa nature associative, n'est plus seulement retrouvailles mais création » (97). L'objectif du travail psychothérapeutique autour des souvenirs est de permettre au patient de passer d'un vécu de perte à celui de renoncement, c'est-à-dire au sentiment d'intégration du passé ou encore « grandir, tout en gardant un enfant en soi », lever le voile sur les blessures du passé afin de pouvoir les dépasser (94). Ces deuils du passé ne concernent pas uniquement ce qui a été, mais aussi et surtout, ce qui n'a pas été, le non-vécu et le non-éprouvé (*cf partie 2.1.2.3*).

Il y a dans ce deuil quelque chose de si douloureux et menaçant pour le sentiment d'existence qu'il suscite des résistances vives (93). À ce titre, nous reprenons cette citation de M. Corcos déjà rapportée plus haut : « parce qu'elle [la nature singulière de la relation d'objet primaire] a présidé à la constitution de son moi (identité) et qu'il faut compulsivement la revivre pour ne pas perdre ce moi » (46)

2.3.2 De l'histoire individuelle à l'histoire transgénérationnelle

Le sujet s'inscrit non seulement dans son histoire propre, mais aussi trans-générationnelle. Selon Onnis *et al*, auteurs systémiciens, cette suspension du temps n'est pas le seul apanage du sujet, mais aussi de sa famille et de la culture sociale (la société du « présent infini ») (98). Il s'agit de resituer les vécus personnels de la patiente dans le système familial. Celui-ci fonctionnerait souvent dans les familles de patientes anorexiques selon un modèle interactif très « enchevêtré », où les frontières entre les générations, entre les individus sont floues ou absentes. « Les « espaces » individuels physiques et psycho-émotionnels surtout font l'objet d'incessantes intrusions et sont continuellement soumis à des demandes ou à des offres de protection qui réduisent ultérieurement les espaces privés et autonomes de chacun ». Le conflit est évité et les familles donnent d'elles-mêmes une image d'apparente harmonie dans laquelle aucun problème n'existerait. Par les symptômes anorexiques, la patiente exprimerait sa tentative désespérée de se différencier. Elle serait obligée pour l'exprimer de se plier au langage familial, à savoir celui du non-dit et de l'implicite, loin de tout conflit extériorisé. Mais, paradoxalement, ces symptômes tendent à reléguer la patiente au monde de l'enfance, qui apparaît plus rassurant et protecteur *pour tous*. Ce fonctionnement familial résulterait de drames survenus dans les générations précédentes, restés cachés, et aboutissant à un « mythe familial d'unité ». Le mythe familial correspond à un ensemble de croyances et de valeurs partagées qui constituent le « ciment affectif profond » du système familial. Il est implicite et

ne peut être explicité par les membres de la famille car il est « vécu ». Dans les situations non pathologiques, le mythe familial peut être transformé sans que cela ne menace la famille. Le développement de l'identité personnelle ne se fait pas au prix d'une perte d'appartenance. En revanche, dans le mythe d'unité prédomine le « fantasme de rupture », c'est-à-dire que toute tentative d'autonomie est vécue comme une perte irréparable et un risque d'effondrement familial. Le processus de séparation-individuation est donc, à ce titre, impossible. Le respect rigide du mythe semble enfermer la famille dans un présent sans avenir, dans une « suspension temporelle ». Celle-ci s'incarne dans le corps de la patiente. Pour explorer ces mythes, les auteurs proposent la méthode « des Sculptures du Temps Familial », utilisant à la fois le langage implicite et caché du mythe, et le langage corporel et non verbal du symptôme. Chaque membre de la famille est invité à proposer « une représentation visuelle et spatiale de la famille, en disposant les corps dans l'espace, en choisissant la physionomie et les positions, le jeu de la proximité et des distances, la direction des regards ». Chacun proposera trois « sculptures » : une au présent, une dans l'avenir, et, enfin, une au passé. Chaque membre pourra, s'il le souhaite, commenter son vécu lors des différentes scènes. L'objectif de ce dispositif est d'amener la famille à une prise de conscience de son fonctionnement, et à réintroduire la dimension du temps. Les auteurs repèrent en effet que la sculpture de l'avenir reste souvent inchangée par rapport à celle du présent ou, lorsqu'une évolution est représentée, elle est alors l'objet de craintes de perte.

Ce dispositif thérapeutique, que j'ai pris le soin de développer, me paraît intéressant dans le cadre de ce travail car il introduit une dimension collective à la remémoration, inscrivant l'histoire individuelle dans une dimension transgénérationnelle plus large. Par ailleurs, il le fait au moyen d'un langage que les auteurs nomment « implicite » et « somatique », qui n'est

pas sans rappeler le concept de médiation corporelle. Dans la quête de soi et de son autonomie, l'adolescent doit se réapproprier son histoire et « s'épaissir de sa propre histoire familiale » (49). Cette réappropriation passe également par l'intégration de son histoire familiale, afin de pouvoir s'en détacher (*une identification réussie cf partie 2.1.1*). Mais lorsque cette histoire est peuplée de drames cachés, de monstres et de morts non enterrés, la tentation est grande pour la famille de se replier sur elle-même, de s'accrocher à un mythe familial rigide dans lequel toute séparation met en péril l'existence même de la famille et de ses individus.

Frias *et al* insistent sur l'inscription corporelle de ces souffrances familiales non dites (44). Parce que ces souffrances n'ont pas pu être symbolisées, que leur histoire n'a jamais été racontée et que les émotions qui les accompagnent ont été réprimées, elles s'inscrivent dans les tréfonds de l'inconscient familial et impactent le tissage des liens familiaux. Elles affectent en particulier la manière dont les parents sont en relation avec leur enfant dès les premières interactions. Les auteurs insistent sur la problématique des « morts non enterrés », souvent parce « qu'ils ont fait l'objet d'une injustice inavouable ou qu'ils ont été à l'origine d'un secret honteux ayant entraîné le discrédit de la famille ». Mais, parce qu'ils n'ont pas pu être symbolisés, ces morts imposent une forme de réincarnation du disparu. Et l'anorexie peut être lue comme une figuration de la mort. Par ailleurs, ce climat mortuaire prédispose, selon ces auteurs, la future mère à un vécu traumatique de sa grossesse ou son accouchement, imprégné de fantasmes de mort qui peuvent s'ancrer dans la réalité (en cas de grossesse pathologique, d'accouchement difficile etc) mais entrent également en résonance avec des drames survenus dans les générations précédentes (mort fœtale in utero, mort inattendue du nourrisson etc). « En s'invitant à la fête, les mauvaises fées condamnent les parents à ne pouvoir faire

confiance au potentiel de vie de leur enfant et condamnent l'enfant ainsi habité des *fantômes* et des *revenants* à vivre sous la protection rapprochée de ses parents ». Se rapprochant du concept de mythe familial d'unité développé par Onnis (*cf supra*), les auteurs introduisent la notion de « famille bulle » dans laquelle tous les besoins de l'enfant sont anticipés et satisfaits par les parents, tous les risques évités, et tout conflit ou toute agressivité réprimés car vécus comme destructeurs (43,44). Ils proposent d'allier dans le cadre d'une prise en charge multimodale un axe corporel pour « re-contacter » la mémoire corporelle attachée à ces morts non enterrés et un axe psychothérapeutique pour mettre en mots cette histoire. C'est cette double dimension que les SMMS tentent de favoriser.

2.3.3 Mémoire autobiographique et anorexie mentale

Les neurosciences cognitives se sont également intéressées aux relations entre la mémoire autobiographique et le Soi (ou Self). Piolino *et al* définissent la mémoire autobiographique comme celle qui conserve «les traces mnésiques du passé propre à chaque individu, à la base de la construction d'un sentiment d'identité et de continuité » (99). La mémoire autobiographique est également impliquée dans la gestion de la vie quotidienne, la résolution de problèmes et l'organisation de nos comportements en fonction de nos objectifs de vie, ainsi que dans les relations sociales (100,101). Différents modèles ont été proposés, en particulier celui de Conway et Pleydell-Pearce, qui ouvrent la voie à de nouvelles perspectives thérapeutiques (*cf infra*) (102). L'un des intérêts de ces modélisations est de fournir des variables expérimentales qui pourront être explorées au travers de tests standardisés et permettront une approche scientifique d'évaluation des protocoles thérapeutiques.

Dans l'anorexie mentale, il existe à notre connaissance huit études portant sur la mémoire autobiographique (103–110). Par ailleurs, Laberg et Andersson ont publié en 2004 une étude

qui incluait une population de patientes souffrant de boulimie (111). À noter que dans l'étude de Dalglish *et al*, qui est la première sur le sujet, les résultats portent sur un groupe mixte de sujets anorexiques et boulimiques, les auteurs n'ayant pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes vis-à-vis des épreuves sur la mémoire autobiographique (106). Le principal résultat retrouvé dans ces études est une altération des capacités de récupération des souvenirs autobiographiques par une méthode de mots-indices émotionnels, conduisant à un *biais de surgénéralisation*. Il est demandé aux participants de citer un souvenir précis, c'est-à-dire se référant à un événement unique et limité dans le temps, qui leur vient à l'esprit à l'évocation d'un mot-indice émotionnel (par exemple, « heureux »). Les souvenirs récupérés par les sujets anorexiques sont plus vagues, moins détaillés et ne se réfèrent pas à des événements uniques et de durée limitée. La surgénéralisation est corrélée de manière statistiquement significative avec la présence d'abus dans l'enfance (106) et avec la durée des troubles plus que leur sévérité (105,107). Ces résultats ne sont pas mieux expliqués par des altérations générales de la mémoire, ni par les symptômes dépressifs, anxieux, ou encore les traits alexithymiques (105–107). Deux études utilisent une version modifiée du test des mots-indices en introduisant des termes en lien avec la nourriture et l'image du corps. Le biais de surgénéralisation est à nouveau retrouvé, à la fois dans une population de patientes (104) et dans une population non-clinique d'étudiantes (103). La surgénéralisation est alors corrélée au niveau de préoccupations alimentaires sur une échelle de restriction alimentaire, indépendamment des éventuelles conduites de restriction. Les auteurs en concluent que la spécificité de la mémoire autobiographique peut servir de facteur prédictif de survenue de l'anorexie mentale. L'étude portant sur des patientes boulimiques retrouve également un biais de surgénéralisation à la méthode des mots-indices émotionnels, qui n'est pas corrélé à la sévérité de la symptomatologie dépressive (111).

Deux grands modèles sont souvent invoqués pour rendre compte du biais de surgénéralisation : le modèle de Conway et Pleydell-Pearce, qui lie mémoire autobiographique et self (102), et le modèle CaRFAX développé par Williams *et al*, en s'inspirant du premier (112). Le modèle de la mémoire du self de Conway postule que les souvenirs autobiographiques sont des constructions mentales dynamiques et transitoires générées à partir d'une base de connaissance sous-jacente. Leur survenue à la conscience est modulée par des processus exécutifs, dont une des fonctions principales est d'inhiber la survenue d'informations provenant de cette base de connaissance qui ne seraient pas pertinentes pour le fonctionnement actuel du sujet (102). Ainsi, le modèle de Conway repose sur l'interaction de trois systèmes : le *self de travail*, le *self à long terme* et le *système de mémoire épisodique* (cf figure 2) (100).

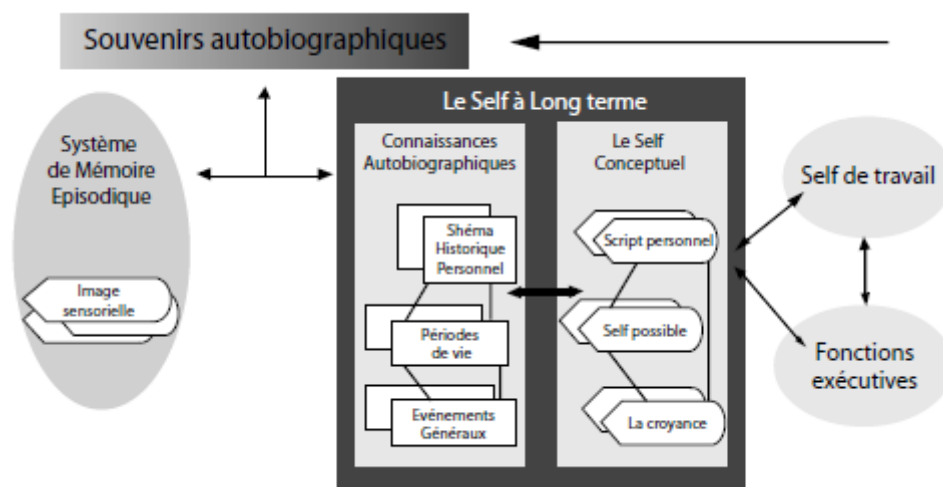


Figure 2 : schéma du modèle de Conway, extrait de Piolino *et al*, 2008 (100)

Le *Self à long terme* comprend à la fois la base de connaissances autobiographiques et le Self Conceptuel. La première est organisée selon une hiérarchie comportant trois niveaux de spécificité : les périodes de vie, les événements généraux et les connaissances spécifiques de

l'évènement (*Event-Specific Knowledge*). Ces dernières correspondent à un niveau moins abstrait que les deux premières et regroupe les aspects sensoriels, perceptifs, cognitifs et affectifs de l'évènement (112). À ce titre, Piolino *et al* rapprochent ce niveau de connaissances de la mémoire épisodique telle que définie par Tulving, c'est-à-dire qu'il est associé à une expérience de reviviscence du passé et à son contexte d'encodage (100). La mémoire autobiographique est donc un ensemble mouvant de constructions mentales, qui se reconstruisent en permanence.

Les connaissances contenues à un niveau servent d'indices à celles contenues à un autre niveau. Un souvenir autobiographique spécifique correspond donc à un pattern stable d'activation d'informations contenues dans ces trois niveaux de connaissance (102). Le Self conceptuel regroupe les connaissances abstraites sur soi, les valeurs et les croyances, les images de soi possibles ou désirées, etc (100). Le Self de travail peut être considéré comme un ensemble de processus exécutifs. Il contraint à la fois l'encodage et la reconstruction des souvenirs en fonction de l'indice et selon deux principes : la *correspondance* (par rapport aux buts actuels du sujet) et la *cohérence* (par rapport à ses représentations de lui-même et du monde, ses objectifs et ses valeurs), permettant ainsi un sentiment continu d'identité. Dans ce modèle, le biais de surgénéralisation est considéré comme le résultat d'une altération des processus de récupération du souvenir (102). La recherche est interrompue précocement pour éviter l'accès à des informations qui seraient susceptibles de déstabiliser les buts du self de travail.

Williams *et al* reprennent ce concept dans leur modèle et le nomment « évitement fonctionnel » (112). Ils ajoutent deux autres mécanismes susceptibles de générer un biais de surgénéralisation, seuls ou en interaction (*cf figure 3 p.76*) : l'altération des fonctions

exécutives et l'effet de capture liée aux ruminations. Les ruminations sont des pensées conscientes qui se focalisent de manière répétitive sur l'expérience d'une émotion négative, sur ses conséquences et ses causes (101). L'indice serait « capté » par les ruminations et bloquerait donc la recherche de souvenirs autobiographiques à un niveau de représentations abstraites sur soi. Williams *et al* donnent l'exemple suivant : le mot « heureux » pourrait déclencher des pensées telles que « je ne serai jamais heureux, je suis une personne incapable d'être heureuse etc » et empêcherait la recherche d'un souvenir heureux, ce qui viendrait conforter le sujet dans la croyance qu'il n'a jamais et ne sera jamais heureux, et contribuer à perpétuer des émotions négatives (ibid).

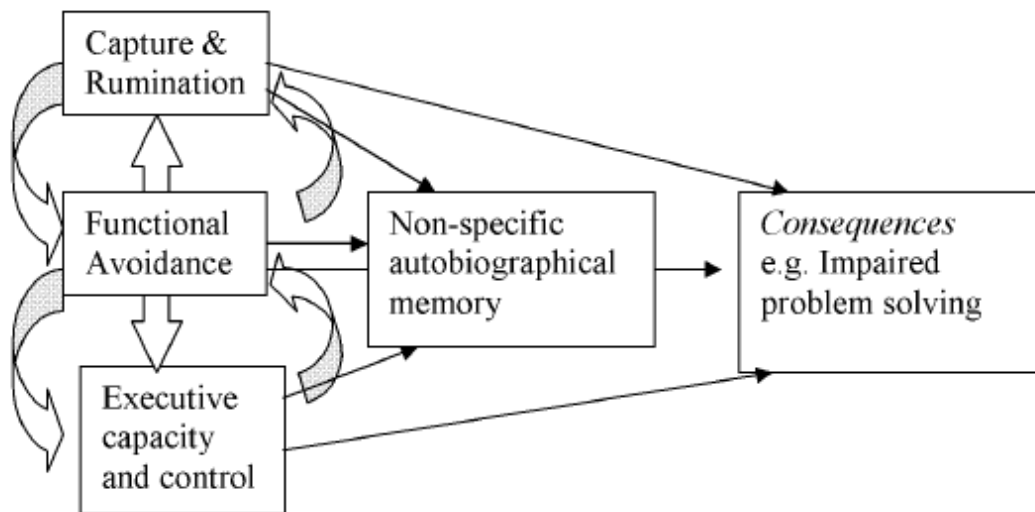


Figure 3 : le modèle CaRFAX, extrait de Williams *et al* (112). Trois mécanismes contribuant à la surgénéralisation de la mémoire autobiographique : la capture et les ruminations (CaR), l'évitement fonctionnel (FA) et les troubles des fonctions exécutives et de contrôle (X), peuvent chacun impacter la cognition et les conduites (ex : difficultés de résolution de problème), soit indépendamment, soit via leur effet individuel ou combiné sur la mémoire autobiographique.

Au vu de ces éléments, certains auteurs ont émis l'hypothèse que dans l'anorexie mentale, la surgénéralisation des souvenirs autobiographiques pouvait être considérée comme une stratégie de régulation émotionnelle, visant à éviter les affects négatifs qui pourraient survenir lors du rappel de souvenirs douloureux (107). Le fait que la surgénéralisation est plus

importante chez les patientes rapportant des antécédents d'abus dans l'enfance par rapport aux autres patientes en réponse à des mots indices négatifs, semble conforter cette hypothèse (106). Par ailleurs, l'étude réalisée par Doba *et al* avec une méthodologie de recherche différente apporte des résultats intéressants concernant l'hypothèse de perturbations de la régulation émotionnelle (110). Ces auteurs ont analysé les dynamiques émotionnelles dans le discours autobiographique de patientes anorexiques, tant en terme de fréquence d'indices émotionnels, que de leur distribution temporelle. Les analyses mettent en évidence une prévalence d'émotions négatives chez les sujets anorexiques et une tendance à persévérer dans cette tonalité émotionnelle négative. Concernant ce dernier résultat, les auteurs émettent l'hypothèse que cela reflète une altération des fonctions exécutives dans l'anorexie mentale, en particulier de flexibilité mentale et de shift attentionnel. À noter que les auteurs n'analysaient pas la spécificité des souvenirs rappelés dans la narration autobiographique des sujets, ce qui limite la comparabilité aux études présentées jusqu'à maintenant. Concernant les fonctions exécutives, Dalgleish *et al* ont repris la population de leur précédente étude et émis l'hypothèse que la fluence verbale jouait un rôle médiateur entre la spécificité des souvenirs rappelés et les troubles des conduites alimentaires (109). Cette hypothèse était validée et la corrélation était indépendante des scores de dépression. Par ailleurs, la relation entre la surgénéralisation et la présence d'abus dans l'enfance chez les sujets TCA était indépendante de la fluence verbale. Le rôle des ruminations n'a, à ma connaissance, pas encore été testé dans l'anorexie mentale.

Il est étonnant que le biais de surgénéralisation, dans ces études, ne soit pas corrélé à la symptomatologie dépressive ni à l'alexithymie. Nandrino *et al* émettent l'hypothèse que cette stratégie d'évitement fonctionnel pourrait protéger la patiente de la survenue d'affects

dépressifs (107). Bomba *et al* repèrent que le niveau de dépression n'est pas corrélé à la surgénéralisation, mais au taux de non-réponses et supposent que la dépression a un effet inhibiteur sur la survenue de souvenirs et non leur spécificité (105). Quant à l'alexithymie, Nandrino *et al* retrouvent un effet de saturation pouvant expliquer l'absence de corrélation (107).

Les résultats de ces études sont issus de cohortes de faible taille, ce qui limite leur validité. En outre, le test utilisé (l'Autobiographical Memory Test) présente des limites méthodologiques. En effet, il est peu écologique et ne prend pas en compte le niveau de conscience associé aux souvenirs (notamment le sentiment de les « revivre » mentalement, appelé « conscience auto-noétique »). Il ne permet pas non plus de repérer si la surgénéralisation est liée à l'imprécision du souvenir rappelé ou de son évocation. Enfin, les études menées ne permettent pas d'affirmer s'il s'agit d'un facteur « trait » (persistant après la rémission) ou « état » (se normalisant après la rémission), et dans ce dernier cas, s'il est antérieur aux troubles ou s'il en constitue une séquelle cognitive.

Néanmoins, malgré leurs limites méthodologiques, ces études permettent d'envisager le biais de surgénéralisation comme un phénomène participant à la psychopathologie de l'anorexie mentale. Ses liens avec le sentiment d'identité et la régulation émotionnelle font de la mémoire autobiographique une cible thérapeutique prometteuse (107). S'inspirant de travaux sur la dépression, des ateliers de stimulation olfactive des souvenirs autobiographiques ont été développés à l'hôpital Saint-Vincent. L'objectif est d'améliorer les capacités de récupération des souvenirs autobiographiques chez les patientes, mais aussi d'améliorer les symptômes dépressifs, le niveau de ruminations, d'évitement cognitif et de conscience émotionnelle, et, in

fine, la symptomatologie alimentaire (101,113). Un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) intitulé Olfanor est en cours et les résultats ne sont pas encore publiés.

2.3.4 Synthèse

Dans une perspective psychodynamique, le rôle des dispositifs à médiation est donc d'inviter le patient à tisser à son rythme un fil remémoratif, à se laisser aller à des associations libres autour de ses souvenirs, à évoquer les blessures de son passé dans une atmosphère sécurisante, afin, peu à peu, de pouvoir se séparer de ce passé, l'intégrer comme faisant partie de soi et ainsi reprendre le fil de sa vie. Le rôle des soignants est de proposer un cadre suffisamment contenant pour amortir les affects douloureux qui pourraient émerger de l'évocation des souvenirs. C'est également l'intérêt collectif et la mise en commun de l'histoire de chaque patient par les soignants, lors des réunions de synthèse, qui soutiendra ce travail d'élaboration psychique chez les patients (94). G. Perec, souvent cité dans les études, introduit ainsi son récit autobiographique qui semble bien résumer nos propos : « Cette absence d'histoire m'a longtemps rassuré ; sa sécheresse objective, son évidence apparente, son innocence, me protégeaient, mais de quoi me protégeaient-elles, sinon précisément de mon histoire vécu, de mon histoire réelle, de mon histoire à moi. » (114)

Les sciences cognitives placent également la mémoire autobiographique au croisement des émotions et de l'identité. Les études montrent l'existence d'un biais de surgénéralisation dans l'anorexie mentale, corrélé à la durée des troubles, majoré lorsque des abus sont rapportés dans l'enfance et survenant aussi bien pour des indices émotionnels positifs que négatifs (106,107). Les auteurs suggèrent qu'il pourrait s'agir d'une stratégie de régulation émotionnelle visant à éviter ou atténuer les affects liés à des souvenirs douloureux, mais ce

mécanisme adaptatif, en se généralisant, contribuerait à se verrouiller et à entretenir les troubles (40,107). Il constitue à ce titre une cible thérapeutique intéressante.

La médiation olfactive, comme l'ont évoqué Belamich et Constantino dans la situation clinique de Sophie, semble faciliter la remémoration. C'est ce que nous allons explorer dans la dernière sous-partie.

2.4 La médiation olfactive comme support à la remémoration

En référence à ce que nous avons développé sur la sensorialité et la contenance (*cf partie 2.1.2. et 2.2.2*), nous pouvons envisager qu'un des intérêts de la médiation olfactive réside dans son potentiel enveloppant, sécurisant, et relaxant. Dans cette partie, nous allons nous centrer sur les relations entre olfaction, mémoire et émotions. Nous formulons l'hypothèse que la médiation olfactive permet de faciliter l'accès à des souvenirs autobiographiques spécifiques, en particulier dans leurs composantes émotionnelles, et ainsi, la mise au travail psychique.

2.4.1 Olfaction, mémoire et émotions

L'olfaction est un des sens les plus anciens au regard de l'évolution humaine mais ce n'est que récemment qu'il a constitué un objet d'intérêt en médecine (115). Sur le plan embryologique, la formation du système olfactif débute à la quatrième semaine de gestation. Il serait fonctionnel vers la quatorzième semaine. Les stimuli olfactifs contenus dans l'environnement sont aéroportés par voie orthonasale ou rétronasale (par exemple lors de la prise alimentaire). Ils atteignent le neuroépithélium olfactif. Dans les cils des neurones olfactifs primaires se situent les récepteurs olfactifs, qui sont de nombreux types différents. Le stimulus chimique est alors transformé en signal électrique qui chemine jusqu'au bulbe olfactif. À noter que l'épithélium neuro-olfactif se régénère tous les trente jours environ,

traduisant sa plasticité. Les cellules du bulbe olfactif se projettent ensuite sur le cortex olfactif primaire, essentiellement composé du cortex piriforme et du cortex péri-amygdalien, tous deux constitués d'archéocortex (4). Elles convergent vers les structures olfactives secondaires puis tertiaires, que sont le thalamus, le cortex insulaire, l'hippocampe, le cortex orbitofrontal et l'hypothalamus (115).

Les odeurs ont un pouvoir d'évocation des souvenirs connu depuis longtemps. Les souvenirs rappelés par des indices olfactifs par rapport à des indices visuels et auditifs présentent les caractéristiques suivantes : ils sont plus anciens, plus précis, plus émotionnels et plus rares (116,117). La dimension de précision se réfère à la phénoménologie du rappel du souvenir. Avec les indices olfactifs, le sujet aurait davantage le sentiment de voyager mentalement dans le temps et de revivre l'évènement. Ces résultats sont issus d'études expérimentales où différents stimuli sensoriels sont présentés aux sujets, qui racontent l'éventuel souvenir dont la remémoration est ainsi déclenchée. Deux types de remémoration sont classiquement décrits, en particulier dans le modèle de reconstruction du souvenir de Conway (*cf partie 2.3.3*) : une remémoration « directe », c'est-à-dire que le stimulus active un pattern d'informations autobiographiques fortement liées entre elles, entraînant une récupération rapide et peu coûteuse en énergie, et une remémoration « indirecte » qui nécessite au contraire un travail cognitif de recherche, intentionnel et itératif (102,116). L'indiciage olfactif stimulerait d'avantage la récupération directe du souvenir (116). Le souvenir intrusif dans les troubles de stress post-traumatique (TSPT) est un exemple paradigmatique de ce phénomène de récupération involontaire (118). Une odeur très proche de la situation d'encodage est susceptible, lorsqu'elle est sentie hors de tout contexte de menace, de réactiver des réactions neurovégétatives et émotionnelles de peur intense, même en dehors du rappel conscient du

souvenir traumatique. Selon ces auteurs, l'olfaction pourrait ainsi constituer une médiation thérapeutique intéressante dans la prise en charge des TSPT, en particulier dans les thérapies d'exposition.

Les études de neuroimagerie fonctionnelle tendent à corroborer les résultats des études comportementales (116,118). En effet, lors de la récupération par un indice olfactif, les régions préfrontales, qui sont supposées être impliquées dans la recherche intentionnelle et la sélection des souvenirs, sont moins activées que lorsque des stimuli sensoriels non olfactifs sont employés. En outre, les régions impliquées dans la régulation émotionnelle, en particulier l'amygdale, sont plus activées. Les auteurs soulignent que les cellules du bulbe olfactif se projettent directement sur le cortex olfactif primaire puis secondaire, qui comprend notamment l'amygdale et l'hippocampe (4). Elles ne passent donc pas, contrairement aux autres sens, par un premier relai thalamique (118).

Les résultats décrits jusqu'ici concernaient des paradigmes expérimentaux employant des indices uni-sensoriels. Larsson *et al* rapportent que lorsque les sujets de l'expérience sont exposés à des indices bimodaux, associant l'odeur et son nom (indice verbal), alors les souvenirs rapportés sont moins anciens et leurs caractéristiques phénoménologiques (sentiment de reviviscence, intensité émotionnelle) sont similaires à ceux qui sont obtenus avec l'indice verbal uniquement (116). Ils obtiennent des résultats similaires en comparant un indice multimodal associant les modalités visuelles, auditives et olfactives à des indices uni-modaux. Ils concluent à l'existence d'une hiérarchie dans le traitement de ces trois modalités, l'olfaction semblant occuper un rôle subordonné. Il paraît donc intéressant d'utiliser des indices olfactifs seuls, qui, bien que plus rarement que les autres modalités, sont susceptibles d'entraîner le rappel de souvenirs plus anciens et plus émotionnels.

Larsson *et al* soulignent également que l'évocation de souvenirs à l'aide d'indices olfactifs est susceptible de moduler le système nerveux autonome et les états émotionnels. En effet, dans une étude chez des sujets sains, Matsunaga *et al* rapportent que le rappel de souvenirs ayant une valence émotionnelle positive (par rapport aux sujets exposés à des indices olfactifs n'évoquant aucun souvenir) était associé à une diminution de la fréquence cardiaque, une augmentation de l'activité électrodermale et une diminution du taux d'interleukines-2 dans le sang (119). Concernant les variables psychologiques, les sujets décrivaient plus d'émotions positives (sentiment de confort et de bien-être) et moins d'anxiété. Les auteurs invoquaient le rôle probable de l'amygdale dans la modulation de ces phénomènes. Enfin, Masaoka *et al.* ont montré que les indices olfactifs qui déclenchaient le rappel d'un souvenir induisaient une baisse plus importante de la fréquence respiratoire, une augmentation du volume courant (c'est-à-dire du volume d'air mobilisé lors de la respiration) et une augmentation des émotions positives par rapport à ceux qui n'en déclenchaient pas (120). Les sujets avec des traits anxieux (mesurés par le State and Trait Anxiety Inventory) présentaient un sentiment plus grand de voyage dans le temps et un niveau de réaction émotionnelle plus élevé. L'évocation par la médiation olfactive de souvenirs est donc susceptible d'entraîner des effets émotionnels positifs, mesurables tant dans leur dimension subjective que physiologique. Il serait intéressant de reproduire ces données chez des populations de patients.

2.4.2 Le « phénomène Proust »

Chu et Downes désignent par le « phénomène Proust » cette capacité qu'ont les odeurs de déclencher le rappel de souvenirs autobiographiques très précis, colorés émotionnellement et très anciens (121). Cette référence à l'écrivain et à la fameuse scène de « la madeleine » est fréquente dans les études et Jellinek critique l'approche souvent simplificatrice qui en est faite (122). Il m'a semblé intéressant de revenir sur ce texte, non pas tant pour *illustrer* ce que je

viens de développer concernant les caractéristiques du souvenir rappelé par les indices olfactifs, mais davantage pour souligner la dimension associative de la remémoration et sa narration par l'auteur. Ces deux dimensions – *associative* et *narrative* – paraissent en effet au cœur des soins à médiation multisensorielle. Le processus psychothérapeutique est certes différent de la démarche littéraire, mais leur rapprochement permet de mettre en valeur la dimension créative qui est inhérente aux deux et qui semble, dans les soins, se situer tant du côté des soignants que des patients. La créativité, comme je l'ai déjà souligné, permet au sujet de mener à bien le processus de transformation qu'impose l'adolescence, de s'approprier son expérience, de déployer ses ressources et de se construire un regard réflexif sur lui-même, en s'appuyant sur sa relation à l'autre, en l'occurrence aux soignants dans les SMMS (*cf partie 2.2.1*).

J'ai copié dans l'annexe 4 l'extrait de « la madeleine », issu de Du Côté de chez Swann. J'ai fait figurer en italique les passages qui me paraissaient pertinents quant à mon propos. Dans cet extrait, Proust commence par énoncer combien la mémoire « volontaire », qu'il nomme « mémoire de l'intelligence », ne lui permet de retrouver que des fragments de souvenirs, toujours les mêmes (les scènes du coucher) de son enfance à Combray. Il associe à cet oubli un sentiment de mort (« tout cela était mort pour moi »), de perte et d'inexistence. Selon Proust, les efforts de l'intelligence sont inutiles pour tenter de récupérer ce passé perdu, car seule *la sensation* donnée par le contact avec un certain objet matériel est susceptible de le faire resurgir. Ainsi, au contact de la gorgée de thé mêlée de miettes de madeleine, le narrateur tréssaille et ressent « qu'il se passe quelque chose d'extraordinaire en moi ». À la sensation succède l'émotion, « le plaisir délicieux », sans que la cause de cette émotion n'ait encore été identifiée. Le narrateur éprouve un sentiment d'extase, qui pendant un temps fait

disparaître la sensation d'être « médiocre, mortel ». Mais l'effet du contact avec le thé s'estompe peu à peu et le narrateur comprend que le sens de cette réaction émotionnelle, sa « vérité », ne se situe pas « en lui, mais en moi ». Il tente alors désespérément d'en chercher le sens dans son esprit, perçoit que celui-ci lui échappe, et c'est finalement au moment où il détourne son attention que « tout d'un coup, le souvenir m'est apparu ». Le souvenir apparaît alors nettement à son esprit, vivace, et déclenche une chaîne de souvenirs associés.

Proust décrit ainsi bien combien la *sensation* du contact avec une odeur ou un goût peut commencer par déclencher une *émotion*, qui s'exprime corporellement avant d'être perçue subjectivement. Puis, de cette émotion naîtra un souvenir qui apparaîtra par fragments ou d'emblée nettement, à la manière d'une scène qui se déroulerait devant nos yeux. Proust souligne l'effet de surprise que provoque une telle reviviscence. D'un souvenir semble découler une chaîne de souvenirs et tout un pan du passé resurgit, même si le narrateur ne comprend pas tout de suite pourquoi cette remémoration le rend si heureux. Il le percevra, écrit A. Green, à la fin de la Recherche, dans le dernier tome, lorsque de la mise en perspective de toute cette chaîne de souvenirs émergera la prise de conscience que le souvenir, contrairement à l'oubli qui est « signe de mort », a « la vertu de faire cesser l'angoisse de mort et donne le sentiment de l'immortalité, associé à celui de la jouissance des choses », qu'il « n'est pas retrouvaille, il est création » (97).

Le travail de remémoration à partir de la médiation olfactive nécessite donc du sujet un lâcher prise (c'est au moment où le narrateur détourne l'attention que le souvenir resurgit), une écoute de ses sensations corporelles et de ses émotions, une libération des processus associatifs et, enfin, un partage émotionnel et une mise en mots. On en comprend donc tout l'intérêt dans l'anorexie mentale, mais aussi la difficulté pour les patientes, car cela sollicite

un engagement corporel et un certain dévoilement de soi. Le soutien des soignants, leur attention bienveillante et la contenance du cadre sont donc bien indispensables.

Avant de détailler ce que sont les SMMS, je vais évoquer quelques exemples d'ateliers de médiation olfactive développés par d'autres équipes. Il n'existe à ma connaissance que des récits d'expérimentations singulières et aucune validation scientifique de ces dispositifs n'a jusqu'à maintenant été menée dans l'anorexie mentale.

2.4.3 Exemples de médiation olfactive dans l'anorexie mentale

Nous ne reviendrons pas sur l'article de Belamich et Constantino que nous avons exposé dans la *partie 2.3.1*, et plus particulièrement l'exemple clinique de Sophie et l'atelier senteur (94). Saada *et al* proposent un atelier « parfum » groupal dans un hôpital de jour pour adolescents, animé par une professionnelle en parfumerie (123). Ils soulignent que le groupe opère un rôle de pare-excitation et de contenance face aux angoisses archaïques susceptibles de s'exprimer. Une certaine régression est rendue supportable. Les souvenirs d'enfance sont parfois très idéalisés, comme dans le cas de Capucine pour qui les odeurs et les parfums semblent constituer « une enveloppe sensorielle indispensable à son intégrité ». Repartir du sensoriel et parvenir à une mise en mots, de la petite enfance pour rétablir une continuité entre l'enfance et l'adolescence. « Le fil de l'histoire peut alors reprendre », concluent les auteurs.

Enfin, Leca et Brun proposent en milieu carcéral un groupe à médiation olfactive à des patients présentant des « pathologies narcissiques identitaires » ou des troubles psychotiques (124). La séance, hebdomadaire, est divisée en quatre temps : un temps de présentation, un temps d'utilisation libre du matériel sensoriel, un temps d'écriture et un temps de lecture et de partage. Le but des soins est de remettre en jeu la vie psychique à partir de l'expérience d'un plaisir partagé. Plus spécifiquement, la médiation olfactive vise à remobiliser l'expérience

sensorielle, « les sensations externes pouvant servir de frayage à des vécus internes », et offrir « une possibilité de réappropriation subjective par une reprise de contact avec l'histoire de chaque sujet », « une remise en sens de leur histoire à partir du vécu corporel », « par une mise en histoire du groupe, et enfin par un partage affectif au sein de cet espace thérapeutique ». La dimension groupale est ici aussi fondamentale dans le dispositif thérapeutique, en particulier la mise en jeu de « chaînes associatives groupales ».

3 LES SOINS A MEDIATION MULTI-SENSORIELLE

3.1 Présentation des soins à médiation multi-sensorielle

3.1.1 Définition

« Les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) combinent des stimulations olfactives à un enveloppement corporel chaud, un environnement musical relaxant et la pénombre de la pièce » (59). Il s'agit d'une technique de soins qui s'adresse à des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires graves, dans lesquels la maltraitance du corps est extrême : dénutrition sévère, épuisement physique, hyperactivité incessante, contractions musculaires isotoniques permanentes, mise à l'épreuve de la douleur (osseuse, articulaire, viscérale), etc.0

3.1.2 Hypothèse principale et objectifs

Les SMMS se fondent sur l'hypothèse principale que l'anorexie mentale est l'expression d'une insécurité interne profonde à l'origine d'une défaillance à élaborer les problématiques psychiques inhérentes à l'adolescence, notamment le processus de séparation/individuation (59). L'objectif des SMMS, par une modification des éprouvés corporels et une mise au travail psychique, est de restaurer un sentiment de sécurité suffisant, au moins le temps des séances, sur lequel le patient pourra s'appuyer pour trouver d'autres voies de résolution à ces problématiques que dans des conduites pathologiques.

3.1.3 Description

3.1.3.1 Indications thérapeutiques

Les SMMS sont indiqués chez les patients présentant un TCA grave, avec une problématique corporelle majeure, et persistant malgré les soins proposés. Ils s'inscrivent dans le projet thérapeutique global et un lien de confiance suffisamment fort doit avoir été noué entre le

patient et l'équipe, particulièrement avec les professionnels qui participeront aux SMMS. L'indication des SMMS est discutée en équipe au cours d'une synthèse et doit faire l'objet d'un consensus. Il est alors proposé au patient par son médecin référent qui l'informerá des objectifs et du déroulement. Le soin ne démarrera qu'après consentement du patient. Il fait l'objet d'une prescription médicale.

3.1.3.2 Contre-indications thérapeutiques

La contre-indication principale est la survenue, ou l'existence antérieure, de réactions anxieuses à l'enveloppement dans les serviettes. Les troubles graves de la personnalité, en particulier état-limite, sont une contre-indication relative, car la confrontation aux souvenirs, à la vie intérieure et la situation de régression qu'induisent les SMMS peuvent être sources d'angoisses trop importantes et mener à des passages à l'acte et/ou à une rupture thérapeutique. Un aménagement du cadre thérapeutique (en utilisant par exemple, uniquement l'enveloppement thérapeutique ou la médiation olfactive à visée de relaxation, ou en s'appuyant sur une thérapie de groupe) peut être proposé aux sujets après discussion en équipe.

Il n'y a a priori pas de contre-indication somatique aux soins. Les enveloppements secs (serviettes et couvertures), associés à une température ambiante suffisante et des sacs de noyaux de cerise chauffés, limitent le risque d'hypothermie chez les patients sévèrement dénutris. Enfin, le refus du patient, parfois lié à la crainte d'un contact corporel, contre-indique évidemment le soin (qui pourra être reproposé à un autre moment de la prise en charge).

3.1.3.3 Cadre thérapeutique

Les SMMS sont individuels et co-animés par un psychiatre ou un psychologue, un soignant et, le plus souvent, un interne. Le rythme des séances est fixé lors de la réunion pluridisciplinaire au cours de laquelle l'indication est portée. Il est généralement hebdomadaire. Il n'y a pas de durée des soins pré-définie, celle-ci dépend de l'évolution clinique et des souhaits du patient.

La présence du soignant, infirmière ou aide-soignante du service, contribue au maintien du cadre au cours de la séance. Il établit un lien entre le quotidien du soin et l'espace thérapeutique. C'est lui qui installe le patient en début de séance, avec l'aide d'un(e) autre soignant(e), et qui le reconduira à la fin dans l'unité d'hospitalisation. En général, plusieurs soignants sont impliqués dans les SMMS, pour des raisons d'organisation du service. Le psychiatre ou psychologue et l'interne sont en revanche « fixes ».

Le psychiatre ou psychologue est l'animateur du soin. Il en explique le fonctionnement, pose le cadre thérapeutique et soutient le patient dans son travail d'exploration sensorielle, d'évocation de souvenirs et d'associations à partir des souvenirs et des odeurs. Le soignant et l'interne l'accompagnent également dans ce travail. Il s'agit d'un psychiatre différent de celui qui a la référence du projet de soins du patient ou d'un psychologue différent de celui que rencontre le patient en thérapie individuelle. Tous les intervenants sont sensibles aux médiations proposées dans le cadre des SMMS.

3.1.3.4 Technique

i. Entretien préparatoire

Les SMMS débutent par un entretien préparatoire, déjà évoqué plus haut. Au cours de celui-ci, le psychiatre référent du patient et le soignant qui participera aux SMMS en exposent les

objectifs et les modalités. Ils recueillent à la fin le consentement du patient. Le soignant référent anime ensuite un atelier d'olfactothérapie au cours duquel il présente différentes odeurs issues d'une mallette de cinquante odeurs. Celles-ci sont fabriquées par un parfumeur et conditionnées en petits flacons. Elles sont réparties en six groupes : odeurs alimentaires, odeurs de nature et de fleurs, odeur de salle de bain, odeurs de trousse d'école, odeurs de pharmacie, odeurs d'alerte (125). Plusieurs odeurs sont présentées au patient qui en choisira une vingtaine, en fonction de la coloration émotionnelle qu'il y rattache (en général agréable) et de leur puissance de résonance avec ses souvenirs. Cette sélection sera utilisée au cours des SMMS.

ii. Déroulement d'une séance

La durée des séances est fixée à une heure. Elles se déroulent dans la salle de psychomotricité située près de l'hôpital de jour. Chaque séance est structurée par différents temps :

- Temps d'accueil et d'installation : le patient arrive, accompagné du soignant référent et d'un autre soignant qui aide à l'installation mais ne participe pas aux soins. Il se déshabille derrière un paravent pour ne garder que ses sous-vêtements, éventuellement associés à un juste-au-corps et des collants s'il le souhaite. Il s'allonge ensuite sur un matelas et est enveloppé rapidement par les soignants, afin de ne pas se refroidir. Les soignants veillent à préserver son intimité. Chaque membre est entouré de grandes serviettes éponge préalablement chauffées. Les jambes sont enserrées l'une contre l'autre dans une grande serviette, puis les bras collés au tronc. Un drap assure la cohésion de l'ensemble. Enfin, le patient est recouvert d'une couverture. S'il le souhaite, seules certaines parties du corps peuvent être enveloppées et le reste du corps simplement recouvert du drap et de la couverture. Il choisit également les zones du corps sur

lesquelles seront déposés des sacs de noyaux de cerises chauffés. La lumière est ensuite tamisée et la musique, préalablement choisie par le patient, démarre. Le psychothérapeute (psychiatre ou psychologue) et l'interne du service entrent alors et chaque soignant s'installe sur un coussin disposé autour du patient. À noter que le matelas est au centre de la pièce.

- Temps de médiation olfactive : après s'être salués, le psychothérapeute s'assure que le patient est confortablement installé. Il invite ensuite à un temps de relaxation court, sans parole, au cours duquel chacun se laisse porter par l'atmosphère particulière créée par la musique, la pénombre et, pour le patient, l'enveloppement. Puis, il annonce que l'on va débiter la médiation olfactive. Le soignant se lève alors, trempe les mouillettes (petites bandes de papier absorbant) dans le flacon de la première odeur et la distribue aux soignants et au patient. Pour ce dernier, il accroche la mouillette au drap avec une petite pince. Le psychothérapeute invite alors le patient à associer sur cette odeur : « quelles images, quels souvenirs vous viennent ? S'agit-il de sensations agréables ou désagréables ? À quoi cela vous fait penser ? ». Lorsque le patient évoque un souvenir, les soignants peuvent l'accompagner à explorer plus en détails ce souvenir, en l'interrogeant sur les personnes présentes dans le souvenir, les émotions associées, les éventuelles paroles échangées etc. Le patient est également invité à exprimer tout ce qui lui vient, sur le principe de l'association libre. Les soignants peuvent aussi exprimer ce que l'odeur leur évoque, pour accompagner le patient dans son élaboration. Ils sont attentifs à ce qui se passe en eux (leur ressenti, notamment corporel, leurs émotions, leurs pensées), dans les interactions avec le patient et ce qu'ils en perçoivent. En fonction du temps passé sur cette première odeur, une deuxième est proposée. En général, une à trois odeurs sont utilisées

par séance. Les soignants s'assurent régulièrement du confort du patient au cours de la séance et le questionnent sur ses sensations corporelles.

- Temps de désenveloppement et de débriefing : avant celui-ci, le psychiatre propose à nouveau quelques minutes de relaxation. Les trois soignants participent généralement au désenveloppement, en veillant à respecter l'intimité du patient. Celui-ci se rhabille derrière le paravent et les lumières sont rallumées. Un temps de parole final est alors organisé, autour d'une boisson chaude, où le patient est invité à s'exprimer, s'il le souhaite, sur ce qu'il a pensé de la séance. Ce temps marque la séparation et constitue un sas entre l'espace thérapeutique et l'extérieur.

Un temps de reprise a ensuite lieu entre les soignants. Ceux-ci participent également aux synthèses cliniques hebdomadaires du service et peuvent y relater des éléments du SMMS.

3.2 Exemple clinique : Marie

3.2.1 Présentation clinique

Les soins à médiation multi-sensorielle ont débuté pour Marie alors qu'elle était hospitalisée pour la 2^e fois dans l'unité d'hospitalisation à temps complet. Les soins dans le service avaient commencé environ un an auparavant. Marie, qui avait alors 16 ans, avait été orientée en consultation spécialisée par sa médecin gynécologue qu'elle avait consultée pour une aménorrhée primaire. Une première consultation et une journée-bilan en hôpital de jour avaient permis de retracer les éléments suivants. Marie ne présentait pas d'antécédent médical particulier. Elle était la dernière d'une fratrie de deux, avec un demi-frère plus âgé issu d'une première union du père. Elle était scolarisée en classe de 1^{ère}, pratiquait l'équitation et souhaitait devenir vétérinaire ou ingénieur. Elle décrivait de bonnes relations, tant à la maison qu'avec ses amis, et les parents disaient ne jamais avoir eu de difficultés avec leur fille. Le

poids initial était de 37kg, soit un IMC à 14 kg/m². Marie décrivait un début des troubles quelques mois auparavant, sans élément déclencheur clair, se manifestant par un inconfort digestif ayant entraîné une diminution des apports alimentaires, puis une restriction qualitative. Elle ne rapportait pas de crise de boulimie ni de conduites de purge. L'examen somatique retrouvait un état de dénutrition préoccupant, avec un IMC à 13,47 kg/m², une bradycardie, une hypoglycémie et des perturbations électrocardiographiques minimes. L'évaluation diététique mettait en évidence des apports caloriques insuffisants, évalués à 900 kcal/jour, et une cinétique de perte de poids rapide (11,5% de la masse initiale en 4 mois). Une hospitalisation à temps complet avait donc été proposée et rapidement mise en place.

Cette 1^{ère} hospitalisation avait duré trois mois. Les premières semaines avaient été marquées par une difficulté pour la patiente à investir les soins. Les soignants notaient leurs difficultés à pouvoir la rencontrer et tisser un lien de confiance avec elle. Le contact était bon, Marie affichait une certaine compliance aux soins mais semblait toutefois assez évitante. Peu à peu, elle avait repris du poids et avait pu investir les différents soins proposés (espace psychothérapeutique individuel, suivi en psychomotricité, activités infirmières). Les soins corporels étaient en particulier vécus de manière satisfaisante, procurant un apaisement et un relâchement vis-à-vis des tensions accumulées au cours de la journée. Par ailleurs, Marie avait noué des relations avec d'autres patientes du service. Des entretiens avec les parents avaient lieu régulièrement. Ces derniers rencontraient également une psychologue du service. Au bout de quelques semaines, les soignants s'étaient aperçus que la patiente communiquait quotidiennement avec ses parents en utilisant le wifi de l'hôpital, contrairement à ce qui avait été convenu initialement quant au cadre de l'hospitalisation. Cette reprise du cadre avait été mal reçue par sa mère, qui avait exprimé sa peur de « perdre » sa fille. Après une phase

d'amélioration clinique, l'état de la patiente avait stagné. Face à cette stagnation et inquiète de « rater » son année scolaire, la patiente avait demandé une sortie d'hospitalisation. Le médecin référent avait exprimé son désaccord quant à cette décision, l'IMC étant trop bas. Il avait également argumenté que l'évolution était globalement favorable et que cette stagnation pondérale pouvait être dépassée. La demande de sortie avait finalement été réitérée par la patiente et ses parents, indiquant qu'ils « signeraient une décharge ». Les soignants avaient constaté l'ambivalence de la patiente qui semblait mettre une pression sur ses parents pour que ceux-ci la fassent sortir du service (exprimant des menaces de passage à l'acte suicidaire s'ils n'accédaient pas à cette demande), alors même qu'au sein de l'hospitalisation, les soins étaient vécus positivement. La demande de sortie avait donc été validée et une consultation avec son médecin référent programmée.

Pendant quelques mois, la patiente avait été suivie en ambulatoire, dans un premier temps par une psychologue et une psychomotricienne en libéral, puis en hôpital de jour. Devant une perte de poids importante et une recrudescence de la symptomatologie restrictive, une nouvelle hospitalisation avait été proposée. Celle-ci avait été difficilement acceptée, en particulier par la mère de Marie qui exprimait des angoisses de séparation importantes. Marie avait continué à perdre du poids au cours de l'hospitalisation. Une indication de renutrition entérale par sonde nasogastrique avait été posée. Le cadre thérapeutique était régulièrement transgressé, la patiente désadaptant la sonde afin d'en vider le contenu, la retirant, sortant du service seule alors que cela n'était pas autorisé etc. Constatant que les angoisses corporelles de la patiente, ainsi que ses difficultés à mettre en mots ses émotions semblaient « verrouiller » la situation clinique, son psychiatre référent évoqua l'intérêt des soins à médiation multi-sensorielle et de la fasciathérapie, ce que Marie et ses parents acceptèrent.

3.2.2 Déroulement des séances

Au total, six séances de SMMS ont eu lieu, à raison d'une par semaine environ. Les soins se sont déroulés sur deux mois. Ils ont été interrompus suite à la sortie d'hospitalisation, et la décision de Marie et ses parents de poursuivre les soins dans un autre service. L'équipe des SMMS de Marie était composée d'une psychiatre (qui n'était pas son psychiatre référent), d'une soignante de l'unité d'hospitalisation à temps complet (les deux premières séances se sont déroulées avec deux infirmières de l'équipe, puis les quatre suivantes avec une aide-soignante de l'unité) et de moi-même. Etant alors rattachée à l'hôpital de jour, je n'étais pas son interne référente en hospitalisation. Je n'ai donc rencontré Marie qu'à l'occasion des SMMS.

Dans un souci de confidentialité et de respect de l'intimité des souvenirs livrés par la patiente, j'en modifierai suffisamment d'éléments pour qu'ils ne soient pas reconnaissables, tout en tâchant de ne pas les dénaturer. Je tiens également à souligner à quel point il est difficile d'exprimer avec des mots ce qui relève justement de l'infra-verbal, à savoir les impressions sensorielles, les ressentis corporels, les émotions. Cette difficulté est manifeste lors de l'écriture de cette thèse, mais bien sûr aussi lors des soins, que ce soit pour la patiente ou pour les soignants. C'est sans doute toutefois dans cette dimension en-deçà des mots, qui échappe autant à la patiente qu'aux soignants, que se situe le potentiel thérapeutique et la richesse clinique des SMMS.

1^{ère} séance : la séance démarre avec 45 minutes de retard. Marie est embêtée car cela retardera ses visites. Elle est surprise d'avoir à se mettre en sous-vêtements mais l'accepte. C'est elle qui a choisi la musique. Lors de cette séance, nous sommes trois à participer à la préparation des soins. Nous l'enveloppons rapidement pour qu'elle ne se refroidisse pas et pour vite

restaurer son intimité. Marie nous demande de placer sa sonde derrière son oreille et de lui retirer ses lunettes. Nous éteignons la lampe. Seule la lumière du couloir diffuse dans la pièce. Nous nous assurons que Marie est bien installée, puis nous démarrons le temps de relaxation.

M. (*les soignants seront désignés par l'initiale de leur prénom*) présente la première odeur (*mousse à raser*). Sans hésiter longtemps, Marie nous dit que cela lui fait penser à un parfum d'homme, puis à son oncle. Nous apprenons que celui-ci est mort quatre ans auparavant, à l'hôpital, « d'une accumulation de maladies ». C'était quelqu'un d'important pour elle. Elle évoque des souvenirs d'enfance avec lui, à la fête foraine. Après son décès, la mère de Marie se serait enfermée dans sa chambre pendant 3 semaines, ne mangeant plus et vomissant. Marie se souvient qu'elle et son frère se sentaient alors très seuls et inquiets pour leur mère. Elle se souvient avoir ressenti de la tristesse pour sa mère, et de la colère contre son père qui « n'avait pas les bons mots ». On comprend que le père aurait alors reproché à son épouse de « ne pas être suffisamment présente ». Marie se souvient d'une atmosphère tendue, les parents se disputant souvent, disputes qu'elle entendait de sa chambre. La mère aurait été particulièrement affectée car ce décès faisait suite à la perte, peu de temps auparavant, de son neveu et de sa propre mère. C'est d'ailleurs au décès du neveu que les troubles de Marie avaient commencé, puis ils s'étaient aggravés à celui de l'oncle. Marie manifeste peu d'émotions durant ces évocations, sauf lorsqu'elle se met à imaginer « ce que penserait son oncle s'il était là » ; elle se met alors à pleurer.

M. présente la 2^e odeur (*crayon de bois*) : cette odeur n'évoque rien à Marie. C. lui dit qu'il s'agit du crayon de bois et lui demande si ce mot lui permet d'évoquer quelque chose. Marie explique alors qu'elle aime dessiner, que cela lui permet « d'exprimer ses émotions ». Elle dit sa peur de « ne plus être elle-même » si elle exprime ses émotions, en particulier sa colère.

Elle évoque le souvenir de son retour à la maison après sa précédente hospitalisation. Son père aurait été alors « triste à cause de moi », et Marie lui aurait manifesté sa colère : « de toute façon, vous vouliez m'abandonner à l'hôpital ». Depuis cette période, nous dit-elle, elle n'exprime plus sa colère à ses parents.

Lors du temps de relaxation, nous lui proposons de penser à un endroit agréable, par exemple la fête foraine de ses souvenirs d'enfants. En fin de séance, Marie nous dit que « c'était éprouvant », mais toutefois « intrigant ». Elle est d'accord pour continuer. Nous planifions de nous revoir la semaine suivante.

2^e séance : contrairement à la séance précédente, C. et moi n'arrivons qu'après la préparation et n'assistons pas à l'enveloppement, afin de préserver l'intimité de ce moment et de bien différencier les rôles, entre les soignantes de l'unité qui occupent une fonction plus « maternante » de nursing, et le binôme de thérapeutes que nous formons avec C. Cette fois, Marie n'a pas choisi la musique. Elle ne signale pas de sensations d'inconfort et demande que l'on place un sac de noyaux de cerise sur son ventre. Pendant les quelques minutes de relaxation, Marie ferme les yeux mais ne semble pas se détendre.

E. présente la 1^{ère} odeur (*baume du tigre*) : elle n'évoque rien à Marie. « C'est une odeur que je ne trouve pas spécialement agréable ». Lorsque nous lui donnons le nom de l'odeur, Marie parle de sa tante, qui aime « la nature et les huiles essentielles ». Elle fait alors le récit de souvenirs de vacances chez cette tante où elle se rend avec son frère et ses parents tous les étés « bien que mon père n'aime pas voyager », « il est casanier », « peut-être parce qu'il a beaucoup voyagé avec son boulot ». Lorsque Marie évoque ces souvenirs, je me surprends à visualiser les scènes de repas familial, à entendre les éclats de rire qu'elle décrit. Marie associe alors sur sa maison, à laquelle son père est très attaché. Elle aussi d'ailleurs ne se

verrait pas la quitter tout de suite, « quand je ferai ma vie ». Je lui demande si des images lui viennent quant à son avenir, « non, des pensées ». « Je ne sais pas vivre seule, la lessive, les papiers etc ». Nous lui demandons si elle pense que ses parents seraient contents de se retrouver tous les deux « oui, je pense. Maman voyagerait, irait dans des associations et papa resterait à la maison ». Guidée par le fait qu'elle l'évoque à nouveau, je lui demande comment est sa maison. « Il y a un étage et un grand jardin sauvage, assez mystérieux ». Marie fait alors le récit de souvenirs d'enfance avec son père, dans cette maison.

La 2^e odeur (*café*) lui évoque à nouveau des souvenirs avec lui, et avec son grand-père maternel. Marie n'a pas connu ses grands-parents paternels. Le grand-père est mort à l'âge 40 ans (Marie n'en connaît pas la cause) et la grand-mère peu de temps après sa naissance. Elle a souffert d'un accident vasculaire cérébral, compliqué d'un coma. Je lui demande si son père en avait été affecté. « Oui, sans doute, il a toujours été très collé à sa mère. Il est resté longtemps vivre chez eux », « sa mère le protégeait de l'extérieur ». Nous lui demandons de quoi : « Je ne sais pas exactement, mais il était fragile ». Marie nous apprend en effet que vers l'âge de 11-12 ans, son père aurait « commencé à vomir à chaque repas après avoir reçu un coup sur la tête ». « Il est tombé la tête contre une pierre à l'école » et, à cette occasion, « on lui a découvert une tumeur au cerveau ». Il serait alors resté « un moment » dans le coma. « Maintenant il a mal à la tête, là où il est tombé, quand le temps change et il nous le dit ». Je lui demande comment a pu être l'adolescence de son père « ça allait, il était intelligent mais paresseux, il sortait beaucoup ». Marie évoque enfin une photo d'elle avec sa grand-mère, qu'elle aime souvent regarder. La scène se passe quelques heures après l'accouchement, sa grand-mère est dans un fauteuil roulant et tient Marie dans ses bras « j'étais bouboule et

j'avais les cheveux très noirs » « mon père pensait que j'allais les garder noirs, mais finalement je suis devenue blonde puis châtain ».

Marie conclue la séance en disant : « c'était moins éprouvant que la dernière fois parce que c'était des bons souvenirs ».

Lors de cette 2^e séance, Marie parle toujours d'une voix assez neutre et monocorde, laissant transparaître peu d'émotions. Nous avons le sentiment qu'elle maîtrise ce qu'elle raconte, qu'elle lâche peu prise. Elle n'évoque pas non plus ses sensations corporelles. Néanmoins, elle parle facilement, aidée par nos questions et nos associations.

3^e séance : Marie semble satisfaite de nous retrouver. À nouveau, elle n'associe pas spontanément un souvenir à l'odeur présentée (*pastis*) mais se contente de dire « qu'elle n'est pas spécialement agréable ». Lorsque nous lui donnons le nom de l'odeur, elle évoque alors son grand-père maternel, semblant reprendre le fil de la séance précédente. Elle associe ensuite sur ses parents, leur couple, et sur la 1^{ère} union du père dont l'épouse est décédée brutalement, peu après la séparation d'avec le père. « C'est une période difficile pour lui, il n'en parle pas trop ». Marie a un demi-frère du côté paternel, issu de cette 1^{ère} union. « Mon père s'en veut de ne pas avoir été suffisamment auprès de lui ». Elle nous précise que son père « ressasse beaucoup le passé, comme moi ». Elle nous dit alors « ressasser » beaucoup autour des « souvenirs douloureux », en particulier ceux qui sont liés aux personnes de sa famille qui sont décédées et dont elle était proche. Elle évoque sa peur de « les oublier » si elle ne ressasse pas ces souvenirs. Je remarque que c'est la 1^{ère} séance où Marie ferme les yeux.

(Cette séance s'inscrivait dans un contexte de tensions entre la patiente et l'équipe médicale et paramédicale autour de la sonde nasogastrique, la patiente vidant le contenu dans les

plantes, centrant les entretiens autour de la revendication de retirer la sonde et « d'y arriver seule ». Un entretien était prévu avec les médecins juste après la séance de SMMS, et la décision à l'issue de cet entretien a été de retirer la sonde)

4^e séance : le cadre thérapeutique semble mis à mal, Marie arrive avec 20 minutes de retard. Cette fois-ci, elle n'a plus de sonde naso-gastrique. La 1^{ère} odeur (*menthe*) ne lui évoque rien, ni la 2^e (*rouge à lèvres*). Nous lui partageons chacune ce qui nous vient à la perception de cette odeur et finissons par associer autour de la féminité. Les réponses de Marie sont alors peu incarnées : « c'est bien d'avoir des formes... de s'assumer... », « c'est bien d'être soi... être au naturel... ». Je l'interroge sur la notion « d'être soi » qui semble lui tenir à cœur. « Chaque matin je me lève et j'essaie de penser à quelque chose qui me caractérise » : les chevaux, le dessin. J'ai le sentiment que Marie cherche à ne pas nous froisser en répondant à nos propositions, mais que malgré notre étayage, elle est peu présente aux soins. L'accès à son monde interne semble totalement verrouillé. Nous décidons d'arrêter la séance. Lors du temps de reprise, nous lui partageons nos impressions. C. formule l'hypothèse que l'effet de surprise de la 1^{ère} séance lui a permis de se « laisser aller » à des associations autour de souvenirs. Peut-être cette expérience n'a pas été facile pour elle et depuis, elle cherche à éviter de s'y confronter à nouveau. Marie ne partage pas cette hypothèse et nous répond que « cela dépend des odeurs ». Nous lui proposons de personnaliser le soin : choisir la musique, apporter des serviettes de chez elle, une odeur qui lui serait familière etc.

Lors de la reprise sans la patiente, C. exprime son impression que le soin n'a pas de sens tant Marie « verrouille » son discours et l'accès à ses souvenirs. Nous pensons qu'il faut peut-être arrêter les SMMS. Nous partageons également cette sensation qui nous « reste » en fin de SMMS, celle d'un vide intérieur et d'une profonde tristesse.

5^e séance : cette fois-ci, le cadre thérapeutique a été tenu. Nous débutons à l'heure, nous sommes les mêmes trois soignants que sur les séances précédentes et Marie a choisi la musique. Après la présentation de la 1^{ère} odeur (*melon*), Marie prend un moment de silence avant de parler, ce qu'elle n'avait pas fait les fois précédentes. Elle évoque alors des souvenirs avec ses grands-parents maternels. La santé de sa grand-mère aurait rapidement décliné après la mort de son cousin. Marie avait alors huit ans. Son cousin était venu habiter chez eux sur les derniers mois de sa vie. « Il a voulu s'éloigner de sa mère, qui était trop envahissante ». Marie nous précise d'ailleurs qu'elle est très envahissante aussi avec elle et lui répète de « manger ». Elle met cette attitude en lien avec le fait qu'elle n'a pas été là sur les derniers moments de son fils et « n'a pas pu jouer son rôle de mère ». Elle nous décrit son cousin dans une vision qui semble assez idéalisée et fait le lien suivant : « lui, il a su profiter de la vie jusqu'au bout, même s'il savait qu'elle serait courte. Il s'est acheté une voiture chère, a fait des voyages. Moi, il n'y a rien qui m'empêche d'aller mieux et de vivre ma vie ». Pour la 1^{ère} fois, Marie pleure à ces évocations, y compris celles des souvenirs heureux avec lui. Elle parle de ses angoisses vis-à-vis de la mort, de l'imprévu, du changement. Elle exprime sa peur « de ne pas aimer qui je serai devenue ». Lors de la reprise finale, Marie précise que ce n'était « pas facile » de revenir sur ces moments douloureux.

Ce jour-là, Marie avait fait avant de venir un dessin avec une des infirmières d'hospitalisation, qui lui avait demandé de représenter les troubles. Elle lui avait donné le titre suivant, « l'anorexie pour moi ». Au centre, elle figurait une jeune fille très maigre, assise, les genoux repliés, les mains sous les cuisses, la tête baissée et les cheveux tombant sur le visage. L'expression du visage n'était pas discernable et une bulle à côté de sa tête indiquait « c'est que je n'ai pas perdu suffisamment de poids ». La jeune fille était dans un cercle

qu'entouraient différents éléments : la mort, sous la représentation de la Faucheuse et à côté de laquelle est écrit « viens mon enfant », une horloge au-dessus de laquelle est écrite « J-24000 avt Mort », un glaive, à l'intérieur duquel est écrit « alimentation », des vêtements et un mètre ruban, des bulles figurant « alerte agression !! » et le symbole du pique renversé, la pointe contre la bulle qui entoure la jeune fille, dans lequel est noté « relations familiales (père et mère) ». Je me garderai d'interpréter ce dessin car je n'étais pas à l'entretien au cours duquel la patiente l'a réalisé. En revanche, il semble y avoir une certaine continuité entre cet entretien et notre séance de SMMS, centrée autour de la Mort et du temps qui passe.

6^e séance : l'ambiance est plus apaisée. « J'arrive mieux à parler qu'en face à face ». À la première odeur (*poulet*), Marie évoque les « dîners du samedi soir » chez ses grands-parents. À la deuxième odeur (*goudron*), elle parle de ses « pieds gelés après l'équitation ». Marie semble prendre un certain plaisir à revisiter les souvenirs heureux de son histoire mais nous dit que « c'est éprouvant ». Elle parle « du manque des gens décédés, comme si j'avais perdu une partie de moi ». Elle évoque son angoisse « du temps qui passe ».

Nous convenons ensemble d'une nouvelle séance qui n'aura finalement pas lieu, Marie et ses parents ayant décidé d'arrêter l'hospitalisation et de s'orienter vers un autre service.

3.2.3 Commentaires

Marie présente un déroulement des troubles assez caractéristique. Elle est décrite par ses parents comme une enfant modèle, n'ayant pas posé de difficultés et avec qui ils ont toujours eu de bonnes relations. Les premiers symptômes sont rationalisés autour d'un « inconfort digestif », sans qu'il n'y ait de volonté affichée de maigrir. Lors de la première hospitalisation, elle investit difficilement les soins et met du temps à tisser un lien de confiance avec les soignants. Finalement, alors que les soins semblent bien se dérouler, elle

insiste auprès de ses parents pour qu'ils la fassent sortir, évoquant un chantage au suicide. Après la sortie, la famille s'oriente vers de nouveaux intervenants (extérieurs) pour la suite des soins, puis reviennent vers le service devant une nouvelle dégradation de son état. Ils acceptent alors une nouvelle hospitalisation qui aboutira à nouveau à une rupture, et à une poursuite des soins dans un autre service.

La proposition des SMMS émerge du constat que les angoisses corporelles et les difficultés à mettre en mots ses émotions verrouillent la situation clinique. À cela s'ajoute le fait que Marie semble tirer parti des soins corporels proposés.

Elle semble trouver intéressant de pouvoir évoquer des événements de son enfance qui l'ont marquée et qu'elle met en lien avec ses difficultés actuelles, tels que le décès de son cousin et de son oncle. Elle est sensible à l'évocation des figures de son enfance (ses grands-parents, son oncle etc) et dessine par petites touches un tableau de celle-ci. Son discours est teinté d'une certaine nostalgie. Elle revient itérativement sur ce passé et ses figures familiales idéalisées, « pour ne pas l'oublier » dit-elle. Son rapport au temps qui passe semble marqué par le spectre de l'oubli et la mort, à l'image de la Faucheuse et du décompte des jours qu'elle a représentés sur son dessin. Chaque jour qui passe la rapproche un peu plus de sa mort (et en rapproche sans doute aussi ses proches, à commencer par ses parents). On peut supposer que pour Marie, l'anorexie vient représenter une tentative de figer le temps, de le suspendre dans un ici et maintenant éternel, ritualisé, et d'incarner jusque dans son corps une résistance aux changements qu'opère le temps. En effet, les transformations corporelles à la puberté inscrivent la marche du temps dans le corps de l'adolescent, lui imposent de se détacher de son enfance et de son corps d'enfant, ce qui n'est pas sans générer un sentiment de nostalgie douloureux. Marie semble à la fois trouver un certain plaisir à retourner dans le passé, mais

ces évocations sont pour elle douloureuses. Elle parle « du manque des gens décédés, comme si j'avais perdu une partie de moi ». Cette phrase donne une tonalité mélancolique à ces deuils inachevés. Elle évoque également le deuil impossible du passé et de l'enfance, comme si s'en détacher ne pouvait pour Marie se faire qu'au prix d'une perte de soi. Elle s'accroche au passé, « comme mon père », nous dit-elle.

Lors de toutes les séances, nous avons perçu chez Marie une certaine résistance à la thérapie. Elle semblait maîtriser ses émotions et son discours, qui était peu incarné. À aucun moment, nous n'avons senti que Marie se laissait aller à la détente ou à l'écoute de ses sensations corporelles. Lors de la respiration d'une odeur, elle semblait « chercher » activement une réponse, comme pour satisfaire nos attentes. Elle n'a pas paru « laissé venir » et observer ce qui se passait en elle. Était-ce justement parce que ce retour sur soi et son histoire était à ce moment-là trop « risqué » pour Marie, qu'il était susceptible de réveiller des émotions trop douloureuses ou de creuser un écart temporel avec ce qu'elle considérait être une partie d'elle-même ? Est-ce que le cadre thérapeutique que nous avons mis en place n'était pas suffisamment sécurisant pour Marie, pour qu'elle puisse se permettre de se confronter à ces vécus ? Ou le cadre global de l'hospitalisation trop conflictuel pour qu'elle puisse investir les soins ? Il est difficile d'apporter une réponse unique. Ces quelques séances avec Marie m'ont évoqué cette citation d'une patiente, rapportée par Frias *et al* (44), et qui pourrait être les mots de Marie : « La mort est présente en moi. Elle hante mes pensées, dicte mes conduites. La perte de quelqu'un m'est insupportable. D'une part, elle ferme une porte sur une partie de ma vie, en particulier mon enfance ; d'autre part, je ressens un manque terrible, une incompréhension, une révolte. Je m'impose donc un deuil permanent. Les morts sont en moi et de cette manière, je les garde en vie. On m'a toujours dit qu'ils veillaient sur moi. J'ai

souvent la désagréable impression d'être épiée. Cependant, au fond de moi j'ai toujours cette image du paradis où le corps n'existe plus, où on est heureux, on se retrouve. . . *Je ne suis ni morte ni vivante, je fige le temps* ».

CONCLUSION

Les soins à médiation multi-sensorielle proposent un espace de sécurité dans lequel la médiation olfactive entre en résonance avec l'activité psychique du patient pour faire émerger souvenirs et émotions. Ils cherchent à faciliter la mise au travail psychique et à rendre tolérable la confrontation du patient à son histoire et à sa vie intérieure. Ils « l'aident à retrouver confiance dans sa capacité à gérer les souffrances du petit enfant qu'il a été, avec les armes de l'adulte qu'il est devenu » (59).

Les SMMS représentent une expérience singulière à la fois pour le patient et pour les soignants. Ils nécessitent de la part de ces derniers un investissement certain et la capacité à tolérer une certaine régression. La pénombre de la pièce, l'imprégnation par les odeurs induisent une atmosphère particulière. Les odeurs facilitent la visualisation des scènes et leur donnent une dimension quasi onirique. Au fil des séances, la capacité à associer autour d'elles devient de plus en plus fluide et cette attention portée aux odeurs qui nous entourent et à leur résonance avec notre vie intérieure s'étend en dehors des soins.

Loin d'être une panacée, les SMMS sont une proposition thérapeutique qui s'intègre dans un projet de soins plus global et dont l'indication doit être portée avec précaution, au terme d'une réflexion d'équipe. Si le cadre institutionnel n'est pas suffisamment contenant, si le patient ou les soignants ne sont pas convaincus de l'intérêt thérapeutique des SMMS, il est fort probable que ceux-ci soient inefficaces, voire traumatiques. Par ailleurs, ils s'inscrivent dans l'histoire d'un service particulier et se nourrissent de la créativité de ceux qui l'animent et du retour continu des patients. Les modalités et le déroulement des SMMS peuvent être adaptés en fonction des équipes et des patients. Il est indispensable qu'ils restent vivants et évolutifs, qu'ils ne se figent pas comme la temporalité des patients peut l'être.

"Tout s'effacera en une seconde. Le dictionnaire accumulé du berceau au dernier lit s'éliminera. Ce sera le silence et aucun mot pour le dire. De la bouche ouverte il ne sortira rien. Ni je ni moi. La langue continuera à mettre en mots le monde. Dans les conversations autour d'une table de fête on ne sera qu'un prénom, de plus en plus sans visage, jusqu'à disparaître dans la masse anonyme d'une lointaine génération."

« Comme le désir [...], la mémoire ne s'arrête jamais. Elle apparie les morts aux vivants, les êtres réels aux imaginaires, le rêve à l'histoire. »

Citations extraites de Les Années, Annie Ernaux, 2009, p. 19 et p. 15

BIBLIOGRAPHIE

1. Jeammet P. Temps, espace et soins à l'adolescence. *Psychothérapies*. 2013;33(4):203-8.
2. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. In: *Recommandations de bonne pratique Argumentaire* [Internet]. 2010 [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf
3. Jeammet P. Anorexie Boulimie: Les paradoxes de l'adolescence. Fayard; 2012. 241 p.
4. Soudry Y, Lemogne C, Malinvaud D, Consoli S-M, Bonfils P. Olfactory system and emotion: common substrates. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. janv 2011;128(1):18-23.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson; 2000.
6. American Psychiatric Association. Mini DSM-5®: critères diagnostiques. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016. 347 p.
7. CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2e édition révisée. PUF; 2016.
8. Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res*. juin 2016;77:85-91.
9. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. août 2012;14(4):406-14.
10. Voyer A, Nicolas I, Lamas C, Corcos M. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *EMC - Endocrinol-Nutr*. 2017;14(4):1-20.
11. Chaulet S, Riquin E, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect*. 2015;10(2):1-26.
12. Nicolas I, Lamas C, Corcos M. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *EMC - Psychiatr*. 2014;11(1):1-18.
13. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 avr 2013;39(2):85-93.
14. Corcos M, Dupont M-E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2007;21(4):190-200.

15. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. *Psychiatr Enfant*. 2006;49(2):477-511.
16. Balsan G, van Effenterre A, Corcos M. La femme, les troubles des conduites alimentaires et le gynécologue. *Lett Gynécologue*. 2014;(388):17-20.
17. Mallett P, Murch S. Anorexia nervosa complicating inflammatory bowel disease. *Arch Dis Child*. 1 mars 1990;65(3):298-300.
18. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. août 2007;164(8):1259-65.
19. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* [Internet]. 28 déc 2017;5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5745658/>
20. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. sept 2014;47(6):610-9.
21. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord*. 1 janv 1991;10(1):81-9.
22. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers; 2007 p. 74.
23. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes. *Anal Baromètre Santé*. 2010;1-27.
24. les séjours hospitaliers avec diagnostic d'anorexie mentale dans les Hauts de France (2017) [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/sejours-hospitaliers-avec-diagnostic-anorexie-mentale-hauts-france-2017.html>
25. Nové-Josserand L. L'articulation des soins par les structures de soins prenant en charge l'anorexie mentale dans les Hauts-de-France : quelles difficultés ? [Mémoire de DIU]. Université de Lille; 2017.
26. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1998;173:11-53.
27. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2011;68(7):724-31.

28. Michel E, Jougla E, Hatton F, Chérié-Challine L. Principaux indicateurs de mortalité [Internet]. Inserm - CépiDc - IFR69; Disponible sur: www.cepidc.inserm.fr
29. Bauwens I, Cottencin O, Rolland B, Bonord A, Guardia D. Place des soins de support dans la prise en charge de l'anorexie mentale chronique réfractaire. *Presse Médicale*. 1 mars 2014;43(3):263-9.
30. Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, Danner UN, Hoek HW, et al. Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 8 sept 2016 [cité 10 juin 2018];16(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017136/>
31. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2016;29(6):340-5.
32. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord*. 1 oct 2015;185:115-22.
33. Reyes-Rodríguez ML, Von Holle A, Ulman TF, Thornton LM, Klump KL, Brandt H, et al. Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. août 2011;73(6):491-7.
34. Gauthier C, Hassler C, Mattar L, Launay J-M, Callebert J, Steiger H, et al. Symptoms of depression and anxiety in anorexia nervosa: links with plasma tryptophan and serotonin metabolism. *Psychoneuroendocrinology*. janv 2014;39:170-8.
35. Jeammet P. Introduction du chapitre 19 « Troubles des conduites alimentaires ». In: in J-D GUELFY & F ROUILLON, *Manuel de Psychiatrie*. 2e édition. Elsevier Masson; 2012. p. 888.
36. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al. New Insights in Anorexia Nervosa. *Front Neurosci* [Internet]. 29 juin 2016;10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925664/>
37. Amad A. Etude de la plasticité cérébrale en psychiatrie à partir de plusieurs modèles pathologiques : le trouble de la personnalité borderline et les hallucinations [Thèse d'université]. Lille - Nord de France; 2014.
38. Raby K, Roisman G. Les interrelations entre les gènes et l'environnement en lien avec le risque et la résilience chez les enfants. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Masten AS;
39. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings. *Curr Top Behav Neurosci*. 2011;6:141-56.

40. Nandrino J-L. L'anorexie mentale. Des théories aux prises en charge. Sous la direction de Dunod; 2015. 336 p. (Psycho Sup).
41. Turcq A. Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Rouen; 2016.
42. Pr M. Corcos - Conférence annuelle de l'association ARTTA (réseau Anorexie Boulimie en Alsace). Strasbourg; 2016.
43. Dodin V. Anorexie, boulimie. En faim de conte. Desclée De Brouwer; 2017. 384 p. (Vie chrétienne).
44. Frias I, Testart M-L, Brigot M-N, Vanhalst D, Kiebbe F, Obadia J, et al. Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. L'Évolution Psychiatr. 1 avr 2010;75(2):239-47.
45. Potel C. Corps brûlant, corps adolescent. Des médiations corporelles pour les adolescents. Érès; 2015. 296 p. (L'ailleurs du corps).
46. Corcos M. Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Dunod; 2010. 384 p. (Psychismes).
47. Birraux A. L'adolescent face à son corps. Albin Michel; 2013. 320 p.
48. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Anorexie mentale à l'adolescence. J Pédiatrie Puériculture. 2010;(23):30-50.
49. Corcos M. Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. 2e édition. Paris: Dunod; 2011. 328 p. (Psychismes).
50. Criquillion S, Doyen C. Partie 2 - les psychothérapies : acquis et promesses. In: Anorexie, boulimie - Nouveaux concepts, nouvelles approches - Cahiers de Sainte-Anne. Lavoisier - Médecine Sciences; 2016. p. 227. (Les Précis).
51. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders : recognition and treatment. NICE guideline. In 2017 [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations>
52. American Psychiatric Association. Guideline Watch : practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. In 2012. Disponible sur: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf
53. Criquillion S, Doyen C. Partie 3 - Du corps aux soins et du soin aux corps - la prise en charge en soins infirmiers des troubles du comportement alimentaire. In: Anorexie, boulimie - Nouveaux concepts, nouvelles approches - Cahiers de Sainte-Anne. Lavoisier - Médecine Sciences; 2016. p. 227. (Les Précis).

54. Carrot G, Faury T, Gaucher-Hamoudi O. Anorexie, boulimie et psychomotricité. Heures de France; 2011. 138 p.
55. Henniaux M. Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires, The function of the body in eating disorders, El funcionamiento del cuerpo en los trastornos de las conductas alimenticias. *Inf Psychiatr.* 2009;me 85(1):35-41.
56. Devulder C. Intérêt des thérapies psychocorporelles dans l'anorexie mentale : expérience d'une prise en charge par fasciathérapie chez les patientes anorexiques hospitalisées [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille 2; 2008.
57. Rizk M, Kern L, Godart N, Melchior J-C. Anorexie mentale, activité physique et nutrition : quelles potentialisations ? *Nutr Clin Métabolisme.* 1 déc 2014;28(4):287-93.
58. Hendrickx M. Introduction. In: *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados.* Erès; 2012. p. 168. (La vie de l'enfant).
59. Dodin V, Payen A, Croquelois C, Bayart A, Benzidour N, Anache C, et al. Soins à médiation multi-sensorielle, Treatments using multi-sensorial mediation. *Adolescence.* 13 nov 2012;(81):603-16.
60. Jeammet P. Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence, Summary. *Psychothérapies.* 2002;22(2):77-87.
61. Catheline N, Marcelli D. Ces adolescents qui évitent de penser: pour une théorie du soin avec médiation. Toulouse: Erès; 2011. 256 p. (La vie devant eux).
62. Duverger P, Guedj-Bourdiau M-J. Aspects psychopathologiques et neurodéveloppementaux. In: *Crise et urgence à l'adolescence.* Elsevier Masson; 2013. p. 344. (Les âges de la vie).
63. Corcos M, Balsan G. Philippe Jeammet, « Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », *Revue Française de Psychanalyse*, PUF, 1980, 3-4, 481-521. In: *Didier Drieu, 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle.* Dunod; 2013. p. 307-13. (Psycho Sup).
64. Jeammet P. Le sensoriel : un antidote aux émotions. *Adolescence.* 2014;(4):695-703.
65. Kafka F. *La Métamorphose.* Gallimard; 2000. 129 p. (Folio Classique).
66. Potel C. Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse: Erès; 2010. 469 p. (Trames).
67. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire (1956). In: *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot; 1989. p. 464. (Science de l'homme).
68. Golse B. *Le développement affectif et cognitif de l'enfant.* 5e édition. Elsevier Masson; 2015. 352 p. (Médecine et psychothérapie).

69. Winnicott DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Gallimard; 1971. 276 p. (Folio Essais).
70. Pr B. Golse - Enregistrement réalisé à l'occasion du 7^e congrès européen de l'AEPEA « Corps à corps. Souffrances du corps et travail psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent, la famille et les soignants » tenu à Bruxelles en mai 2014.
71. Anzieu D. La notion de moi-peau. In: Le Moi-peau. Dunod; 1995. p. 291. (Psychismes).
72. Carraz J. Anorexie et boulimie : approche dialectique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009. 235 p. (Pratiques en psychothérapie).
73. Lefetz C. Intérêt du packing dans la prise en charge de l'anorexie mentale chez l'adolescente. Discussion à partir d'un cas. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille 2; 2008.
74. Delion P. Le packing avec les enfants autistes et psychotiques. Erès; 2012. 188 p.
75. Chadzynski D, Potel C. Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité. En deçà du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels. In: Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir. Erès; 2010. p. 400. (Trames).
76. Jaquet C, Neveu P, W. Pireyre E, de Sainte Maréville F, Scialom P. Les liens corps esprit: perspectives croisées à partir de cas cliniques. Paris: Dunod; 2014. 273 p.
77. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, Summary. *Enfances Psy.* 2010;(49):14-9.
78. Delion P. Le packing, son aventure et ses avatars, Packing, an adventure and its avatars, El packing, su aventura y sus avatares. *Adolescence.* 13 nov 2012;(81):583-601.
79. Le Breton D. La peau entre signature et biffure : marques corporelles et scarifications, logique du sacrifice. In: En souffrance Adolescence et entrée dans la vie. Métailié. 2007. p. 364. (Traversées).
80. Boutinaud J, Chabert P. Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel, Mental anorexia and problems with body image : how they may be taken into account in individual psychodrama. *Adolescence.* 19 avr 2013;T.31 n° 1(1):65-76.
81. Roussillon R. Historicité et mémoire subjective. La troisième trace. *Clin Méditerranéennes.* janv 2003;(67):127-44.
82. Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatr.* 1 juill 2004;69(3):417-30.
83. Guardia D. Représentation du corps et anorexie mentale : de l'intégration sensorielle à l'action : approche neurocognitive du phénomène de distorsion corporelle [Internet]

- [phdthesis]. Université du Droit et de la Santé - Lille II; 2012 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00828513/document>
84. Guardia D, Luyat M, Cottencin O. L'anorexie mentale, une histoire de silhouettes. *Corresp En MHDN*. 2011;15(9-10):316–320.
 85. Manning L. *Le self. Normalité et pathologie*. Armand Colin; 2016. 256 p.
 86. Avillac M, Denève S, Olivier E, Pouget A, Duhamel J-R. Reference frames for representing visual and tactile locations in parietal cortex. *Nat Neurosci*. juill 2005;8(7):941-9.
 87. Guardia D, Lafargue G, Thomas P, Dodin V, Cottencin O, Luyat M. Anticipation of body-scaled action is modified in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*. 1 nov 2010;48(13):3961-6.
 88. Grunwald M, Weiss T. Inducing sensory stimulation in treatment of anorexia nervosa. *QJM Int J Med*. 1 mai 2005;98(5):379-80.
 89. Pommereau X. *Nos ados.com en images: comment les soigner*. Paris: Odile Jacob; 2011. 299 p.
 90. Corcos M. *Programme*. In Institut Mutualiste Montsouris - Paris; 2012.
 91. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. CIRCULAIRE N°DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées [Internet]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr>
 92. Spinney L. Therapy for autistic children causes outcry in France. *The Lancet*. 25 août 2007;370(9588):645-6.
 93. Infurchia C, Roussillon R. *La mémoire entre neurosciences et psychanalyse au coeur du souvenir*. Paris: Erès; 2014.
 94. Belamich G, Constantino C. Il y a tant à perdre à l'adolescence! Fonction de la remémoration dans le processus de renoncement. *Cliniques*. 2012;4.
 95. Herlant K, Caron R, Beaune D. Quand l'adolescent se heurte au mur du temps. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mai 2008;56(3):127-34.
 96. Delion P. Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne. *Cliniques*. 24 août 2011;(1):24-37.
 97. Green A. La remémoration : effet de mémoire ou temporalité à l'oeuvre. *Rev Fr Psychanal Paris*. 1990;54(4):28.

98. Anorexie et boulimie, le temps suspendu [Internet]. De Boeck Supérieur; 2013 [cité 8 mai 2018]. 336 p. Disponible sur: <http://www.cairn.info/anorexie-et-boulimie-le-temps-suspendu--9782804185848.htm>
99. Piolino P. Mémoire autobiographique : modèles et évaluations. *Confront Psychiatr* [Internet]. nov 2000; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/267977240_Memoire_autobiographique_model_es_et_evaluations
100. Piolino P. A la recherche du self : théorie et pratique de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale*. 2008;34(supplément 2):77-88.
101. Charles T. Ateliers de stimulation olfactive des souvenirs autobiographiques chez des patientes anorexiques. Sous la direction de M-C Gandolphe. [Mémoire de recherche de Master 1 de psychopathologie et psychologie de la santé]. Lille 3; 2017.
102. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev*. avr 2000;107(2):261-88.
103. Ball CT, Singer S, Kemps E, Tiggemann M. Restrained eating and memory specificity. *Appetite*. oct 2010;55(2):359-62.
104. Huber J, Salatsch C, Ingenerf K, Schmid C, Maatouk I, Weisbrod M, et al. Characteristics of Disorder-Related Autobiographical Memory in Acute Anorexia Nervosa Patients. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. sept 2015;23(5):379-89.
105. Bomba M, Marfone M, Brivio E, Oggiano S, Broggi F, Neri F, et al. Autobiographical memory in adolescent girls with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. nov 2014;22(6):479-86.
106. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, Yiend J, de Silva P, et al. Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emot Wash DC*. sept 2003;3(3):211-22.
107. Nandrino J-L, Doba K, Lesne A, Christophe V, Pezard L. Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: emotion regulation and effect of duration of illness. *J Psychosom Res*. oct 2006;61(4):537-43.
108. Kovacs T, Szabo P, Paszthy B. Reduced specificity of autobiographical memory in anorexia nervosa. *J Cogn Behav Psychother*. 2011;11(1):57-66.
109. Dalgleish T, Williams JMG, Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *J Exp Psychol Gen*. févr 2007;136(1):23-42.

110. Doba K, Pezard L, Lesne A, Vignau J, Christophe V, Nandrino J-L. Dynamics of emotional expression in autobiographic speech of patients with anorexia nervosa. *Psychol Rep.* août 2007;101(1):237-49.
111. Laberg S, Andersson G. Autobiographical Memories in Patients Treated for Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2004;(12):34-41.
112. Williams JMG. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cogn Emot.* 1 avr 2006;20(3-4):548-68.
113. L'étude OLFANOR pour évaluer les « ateliers de stimulation olfactive ». In Lettre d'information électronique du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille. [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.ghicl.fr/fichs/11191.pdf>
114. Perec G. *W ou le souvenir d'enfance.* Gallimard; 1993. 224 p. (L'imaginaire).
115. Rombaux P, Huart C, Mouraux A. Physiologie et exploration des troubles de l'olfaction. *Oto-Rhino-Laryngol.* 31 mai 2016;11(3):1-12.
116. Larsson M, Willander J, Karlsson K, Arshamian A. Olfactory LOVER: behavioral and neural correlates of autobiographical odor memory. *Front Psychol* [Internet]. 11 avr 2014 [cité 1 mai 2018];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990043/>
117. Herz Rachel S. Are Odors the Best Cues to Memory? A Cross-Modal Comparison of Associative Memory Stimulia. *Ann N Y Acad Sci.* 7 févr 2006;855(1):670-4.
118. Daniels JK, Vermetten E. Odor-induced recall of emotional memories in PTSD- Review and new paradigm for research. *Exp Neurol.* oct 2016;284(Pt B):168-80.
119. Matsunaga M, Isowa T, Yamakawa K, Kawanishi Y, Tsuboi H, Kaneko H, et al. Psychological and physiological responses to odor-evoked autobiographic memory. *Neuro Endocrinol Lett.* 2011;32(6):774-80.
120. Masaoka Y, Sugiyama H, Katayama A, Kashiwagi M, Homma I. Slow breathing and emotions associated with odor-induced autobiographical memories. *Chem Senses.* mai 2012;37(4):379-88.
121. Chu S, Downes JJ. Odour-evoked Autobiographical Memories: Psychological Investigations of Proustian Phenomena. *Chem Senses.* 1 févr 2000;25(1):111-6.
122. Jellinek JS. Proust remembered: has Proust's account of odor-cued autobiographical memory recall really been investigated? *Chem Senses.* juin 2004;29(5):455-8; author reply 459-461.

123. Saada V, Harf A, Le Camus S, Moro MR. L'atelier parfum, un outil de médiation auprès des adolescents. *Soins PédiatriePuériculture*. nov 2013;34(275):41-6.
124. Leca H, Brun A. Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral, Summary. *Psychothérapies*. 4 juill 2012;32(2):137-46.
125. Cannac P, Samuel C, Socquet S. *Le guide de l'odorat. Mieux sentir pour mieux vivre*. Ambre Eds; 2015. 175 p.

ANNEXES

Annexe 1 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon la CIM-10

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.
Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.	

Tableau 2 : critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0, extrait des recommandations HAS 2010 (2)

Annexe 2 : critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon le DSM-5

A.	Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme <i>significativement bas</i> un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
B.	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
C.	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
<p>Spécifier le type :</p> <p><u>Type restrictif</u> : pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (crises de glotonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c-à-d laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.</p> <p><u>Type accès hyperphagiques/purgatif</u> : pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c-à-d laxatifs, diurétiques, lavements).</p>	
<p>Spécifier si :</p> <p><u>En rémission partielle</u> : après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B ou le critère C est toujours présent.</p> <p><u>En rémission complète</u> : alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.</p>	
<p>Spécifier la sévérité actuelle : le seuil de sévérité chez les adultes est établi à partir de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) actuel, ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC. [...] Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.</p> <p><u>Léger</u> : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$</p> <p><u>Moyen</u> : $IMC 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$</p> <p><u>Grave</u> : $IMC 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$</p> <p><u>Extrême</u> : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$</p>	

Tableau 3 : critères DSM-5 de l'anorexie mentale, extrait de APA 2013 (6)

Annexe 3 : critères d'hospitalisation selon les recommandations HAS de 2010

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5 °C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bradycardie sinusale FC < 40/min ○ Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Tableau 4 : critères somatiques d'hospitalisation, extrait de HAS 2010 (2)

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Abus de substances • Anxiété • Symptômes psychotiques • Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 5 : critères psychiatriques d'hospitalisation, extrait de HAS 2010 (2)

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Tableau 6 : critères environnementaux d'hospitalisation, extrait de HAS, 2010 (2)

Annexe 4 : extrait de Du côté de chez Swann

(Folio classique p.99 à p.104)

« C'est ainsi que, pendant longtemps, quand, réveillé la nuit, je me ressouvenais de Combray, je n'en revis jamais que cette sorte de pan lumineux, découpé au milieu d'indistinctes ténèbres, pareil à ceux que l'embrasement d'un feu de Bengale ou quelque projection électrique éclairent et sectionnent dans un édifice dont les autres parties restent plongées dans la nuit : à la base assez large, le petit salon, la salle à manger, l'amorce de l'allée obscure par où arriverait M. Swann, l'auteur inconscient de mes tristesses, le vestibule où je m'acheminai vers la première marche de l'escalier, si cruel à monter, qui constituait à lui seul le tronc fort étroit de cette pyramide irrégulière ; et, au faite, ma chambre à coucher avec le petit couloir à porte vitrée pour l'entrée de maman ; en un mot, toujours vu à la même heure, isolé de tout ce qu'il pouvait y avoir autour, se détachant seul sur l'obscurité, le décor strictement nécessaire (comme celui qu'on voit indiqué en tête des vieilles pièces pour les représentations en province) au drame de mon déshabillage ; comme si Combray n'avait consisté qu'en deux étages reliés par un mince escalier et comme s'il n'y avait jamais été que sept heures du soir. À vrai dire, j'aurais pu répondre à qui m'eût interrogé que Combray comprenait encore autre chose et existait à d'autres heures. *Mais comme ce que je m'en serais rappelé m'eût été fourni seulement par la mémoire volontaire, la mémoire de l'intelligence, et comme les renseignements qu'elle donne sur le passé ne conservent rien de lui, je n'aurais jamais eu envie de songer à ce reste de Combray. Tout cela était en réalité mort pour moi.*

Mort à jamais ? C'était possible.

Il y a beaucoup de hasard en tout ceci, et un second hasard, celui de notre mort, souvent ne nous permet pas d'attendre longtemps les faveurs du premier.

Je trouve très raisonnable la croyance celtique que les âmes de ceux que nous avons perdus sont captives dans quelque être inférieur, dans une bête, un végétal, une chose inanimée, *perdues en effet pour nous* jusqu'au jour, qui pour beaucoup ne vient jamais, où nous nous trouvons passer près de l'arbre, entrer en possession de l'objet qui est leur prison. Alors elles tressaillent, nous appellent, et sitôt que nous les avons reconnues, l'enchantement est brisé. *Délivrées par nous, elles ont vaincu la mort et reviennent vivre avec nous.*

Il en est ainsi de notre passé. C'est peine perdue que nous cherchions à l'évoquer, tous les efforts de notre intelligence sont inutiles. Il est caché hors de son domaine et de sa portée, en quelque objet matériel (en la sensation que nous donnerait cet objet matériel), que nous ne soupçonnons pas. Cet objet, il dépend du hasard que nous le rencontrions avant de mourir, ou que nous ne le rencontrions pas.

Il y avait déjà bien des années que, de Combray, tout ce qui n'était pas le théâtre et le drame de mon coucher *n'existait plus pour moi*, quand un jour d'hiver, comme je rentrais à la maison, ma mère, voyant que j'avais froid, me proposa de me faire prendre, contre mon habitude, un peu de thé. Je refusai d'abord et, je ne sais pourquoi, me ravisai. Elle envoya chercher un de ces gâteaux courts et dodus appelés Petites Madeleines qui semblent avoir été moulés dans la valve rainurée d'une coquille de Saint-Jacques. Et bientôt, machinalement,

accablé par la morne journée et la perspective d'un triste lendemain, je portai à mes lèvres une cuillerée de thé où j'avais laissé s'amollir un morceau de madeleine. *Mais à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. Un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause.* Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes de la vie indifférentes, ses désastres inoffensifs, sa brièveté illusoire, de la même façon qu'opère l'amour, en me remplissant d'une essence précieuse : *ou plutôt cette essence n'était pas en moi, elle était moi. J'avais cessé de me sentir médiocre, contingent, mortel.* D'où avait pu me venir cette puissante joie ? Je sentais qu'elle était liée au goût du thé et du gâteau, *mais qu'elle le dépassait infiniment, ne devait pas être de même nature.* D'où venait-elle ? Que signifiait-elle ? Où l'appréhender ? *Je bois une seconde gorgée où je ne trouve rien de plus que dans la première, une troisième qui m'apporte un peu moins que la seconde.* Il est temps que je m'arrête, la vertu du breuvage semble diminuer. *Il est clair que la vérité que je cherche n'est pas en lui, mais en moi. Il l'y a éveillée, mais ne la connaît pas, et ne peut que répéter indéfiniment, avec de moins en moins de force, ce même témoignage que je ne sais pas interpréter et que je veux au moins pouvoir lui redemander et retrouver intact à ma disposition, tout à l'heure, pour un éclaircissement décisif.* Je pose la tasse et me tourne vers mon esprit. C'est à lui de trouver la vérité. Mais comment ? Grave incertitude, toutes les fois que l'esprit se sent dépassé par lui-même ; quand lui, le chercheur, est tout ensemble le pays obscur où il doit chercher et où tout son bagage ne lui sera de rien. *Chercher ? Pas seulement : créer. Il est en face de quelque chose qui n'est pas encore et que seul il peut réaliser, puis faire entrer dans sa lumière.*

Et je recommence à me demander quel pouvait être cet état inconnu, qui n'apportait aucune preuve logique, mais *l'évidence de sa félicité, de sa réalité devant laquelle les autres s'évanouissaient.* Je veux essayer de le faire réapparaître. Je rétrograde par la pensée au moment où je pris la première cuillerée de thé. Je retrouve le même état, sans une clarté nouvelle. Je demande à mon esprit un effort de plus, de ramener encore une fois la sensation qui s'enfuit. Et, pour que rien ne brise l'élan dont il va tâcher de la ressaisir, j'écarte tout obstacle, toute idée étrangère, j'abrite mes oreilles et mon attention contre les bruits de la chambre voisine. *Mais sentant mon esprit qui se fatigue sans réussir, je le force au contraire à prendre cette distraction que je lui refusais, à penser à autre chose, à se refaire avant une tentative suprême.* Puis une deuxième fois, je fais le vide devant lui, je remets en face de lui la saveur encore récente de cette première gorgée et *je sens tressaillir en moi quelque chose qui se déplace, voudrait s'élever, quelque chose qu'on aurait désancré, à une grande profondeur ; je ne sais ce que c'est, mais cela monte lentement ; j'éprouve la résistance et j'entends la rumeur des distances traversées.*

Certes, ce qui palpète ainsi au fond de moi, ce doit être l'image, le *souvenir visuel*, qui, lié à cette saveur, tente de la suivre jusqu'à moi. Mais il se débat trop loin, trop confusément ; à peine si je perçois le reflet neutre où se confond l'insaisissable tourbillon des couleurs remuées ; mais je ne puis distinguer la forme, lui demander comme au seul interprète possible, de me traduire le témoignage de sa contemporaine, de son inséparable compagne, la saveur, lui demander de m'apprendre de quelle circonstance particulière, de quelle époque du passé il s'agit.

Arrivera-t-il jusqu'à la surface de ma claire conscience, ce souvenir, l'instant ancien que l'attraction d'un instant identique est venue de si loin solliciter, émouvoir, soulever tout au

fond de moi ? Je ne sais. Maintenant je ne sens plus rien, il est arrêté, redescendu peut-être ; qui sait s'il remontera jamais de sa nuit ? Dix fois il me faut recommencer, me pencher vers lui. Et chaque fois la lâcheté qui nous détourne de toute tâche difficile, de toute œuvre importante, m'a conseillé de laisser cela, de boire mon thé en pensant simplement à mes ennuis d'aujourd'hui, à mes désirs de demain qui se laissent remâcher sans peine.

Et tout d'un coup le souvenir m'est apparu. Ce goût, c'était celui du petit morceau de madeleine que le dimanche matin à Combray (parce que ce jour-là je ne sortais pas avant l'heure de la messe), quand j'allais lui dire bonjour dans sa chambre, ma tante Léonie m'offrait après l'avoir trempé dans son infusion de thé ou de tilleul. La vue de la petite madeleine ne m'avait rien rappelé avant que je n'y eusse goûté ; peut-être parce que, en ayant souvent aperçu depuis, sans en manger, sur les tablettes des pâtisseries, leur image avait quitté ces jours de Combray pour se lier à d'autres plus récents ; peut-être parce que, de ces souvenirs abandonnés si longtemps hors de la mémoire, rien ne survivait, tout s'était désagrégé ; les formes – et celle aussi du petit coquillage de pâtisserie, si grassement sensuel sous son plissage sévère et dévot – s'étaient abolies, ou, ensommeillées, avaient perdu la force d'expansion qui leur eût permis de rejoindre la conscience. Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir.

Et dès que j'eus reconnu le goût du morceau de madeleine trempé dans le tilleul que me donnait ma tante (*quoique je ne susse pas encore et dusse remettre à bien plus tard de découvrir pourquoi ce souvenir me rendait si heureux*), aussitôt la vieille maison grise sur la rue, où était sa chambre, vint comme un décor de théâtre s'appliquer au petit pavillon donnant sur le jardin, qu'on avait construit pour mes parents sur ses derrières (ce pan tronqué que seul j'avais revu jusque-là) ; et avec la maison, la ville, la Place où on m'envoyait avant déjeuner, les rues où j'allais faire des courses depuis le matin jusqu'au soir et par tous les temps, les chemins qu'on prenait si le temps était beau. Et comme dans ce jeu où les Japonais s'amuse à tremper dans un bol de porcelaine rempli d'eau de petits morceaux de papier jusque-là indistincts qui, à peine y sont-ils plongés s'étirent, se contournent, se colorent, se différencient, deviennent des fleurs, des maisons, des personnages consistants et reconnaissables, de même maintenant toutes les fleurs de notre jardin et celles du parc de M. Swann, et les nymphéas de la Vivonne, et les bonnes gens du village et leurs petits logis et l'église et tout Combray et ses environs, *tout cela qui prend forme et solidité, est sorti, ville et jardins, de ma tasse de thé.* »

AUTEUR : Sophie GOULLET DE RUGY

Date de Soutenance : 12 octobre 2018

Titre de la Thèse : **Les soins à médiation multi-sensorielle dans l'anorexie mentale** : de l'intérêt des stimulations olfactives dans la remémoration de souvenirs autobiographiques, combinées à un enveloppement multi-sensoriel.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : anorexie mentale, soins à médiation multi-sensorielle, mémoire autobiographique, enveloppements thérapeutiques, médiation olfactive

Résumé : cette thèse développe l'idée que l'un des aspects de la psychopathologie de l'anorexie mentale est la manifestation d'un besoin de maîtrise du temps. Au travers des symptômes, les patients semblent figer le temps, et avec lui les angoisses induites par son écoulement. Par cette illusion qui s'incarne corporellement, ces sujets qui ont en commun une grande insécurité, tentent de garder un rôle actif sur ce qui représente une menace pour leur sentiment d'identité et d'existence. Peu à peu, ils s'enferment dans une rythmicité mortifère, dévitalisée, faite de répétitions, d'obsessions et de ritualisations, mais qui semble maintenir un certain équilibre sans lequel ils risqueraient de s'effondrer. Paradoxalement, c'est le maintien de cet équilibre qui peut les conduire à la mort.

Les soins à médiation multi-sensorielle (SMMS) proposent un espace thérapeutique particulier dont l'objet principal est la remémoration de souvenirs autobiographiques à l'aide de stimulations olfactives. La mémoire, les émotions et l'olfaction sont étroitement connectées. Les odeurs ont un pouvoir d'évocation des souvenirs connu depuis longtemps. La réévocation de souvenirs oubliés ou évités, agréables ou douloureux, dans un espace protégé, vise à remobiliser le sujet dans son rapport à son histoire et à lui permettre de se réinscrire dans une continuité temporelle qui lie passé, présent et avenir. Pour que cette confrontation à sa vie intérieure et à ses émotions soit possible et non traumatique, il est nécessaire d'aménager l'espace psychothérapeutique de manière suffisamment contenant et rassurante. C'est pourquoi les SMMS adjoignent à la médiation olfactive un enveloppement corporel chaud, à l'aide de serviettes et de couvertures, la présence bienveillante de plusieurs soignants et une réflexion sur le cadre institutionnel. Loin d'être un manuel, cette thèse se veut d'avantage être une réflexion vivante et personnelle sur une modalité thérapeutique particulière qui s'inscrit dans l'histoire du service dont elle est issue.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Frédéric GOTTRAND et Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Vincent DODIN