



Le vêtement en psychomotricité : analyse psychomotrice de comportements vestimentaires en Hôpital de jour psychiatrie adulte

Louise Henle-Gravelle

► To cite this version:

Louise Henle-Gravelle. Le vêtement en psychomotricité : analyse psychomotrice de comportements vestimentaires en Hôpital de jour psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01615537>

HAL Id: dumas-01615537

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615537>

Submitted on 12 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site
Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Le vêtement en psychomotricité :
Analyse psychomotrice de comportements
vestimentaires en Hôpital de jour psychiatrie adulte

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien
par : HENLE -- GRAVELLE Louise

Référent de mémoire :
SIRMAI Claire

Session juin 2017

« On peut tout apprendre dans le vêtement : l'histoire, la géographie, l'art, la politique, les échanges commerciaux, les langues, les religions, la littérature, la philosophie et bien entendu la psychologie des hommes, des femmes, des enfants. »

Marc-Alain Descamps, philosophe

« Ce qui en réalité se donne à connaître avec le vêtement, c'est l'impossibilité de réduire la corporéité humaine à son pur fait anatomique. »

Emanuele Coccia, maître de conférences à l'École des Hautes Études en Sciences sociales

« Le vêtement c'est le corps du corps. »

Erasmus, philosophe

Remerciements

Un grand merci à mes maîtres de stage, Pauline POUSSY et Aurélie CARLOZ. Parmi tant d'autres choses, vous m'avez appris l'importance de penser sa pratique, la nécessité d'ajuster son discours et sa posture face aux patients, et à laisser de la place à qui nous sommes dans notre statut de thérapeute.

C'est grâce à vous que je me sens prête à exercer mon métier.

Merci Claire SIRMAI pour ton accompagnement dans la rédaction de ce mémoire. Tu as éclaircies mes idées quand elles étaient floues, pour que je retrouve le chemin de ma réflexion. Grâce à toi, tes relectures et tes retours j'ai pris confiance en ce travail.

Merci cher père d'avoir mis ton intelligence et ta clairvoyance au service de mon mémoire en le relisant méticuleusement.

Merci à tous mes camarades et futurs collègues d'avoir croisé ma route en première année et de m'avoir accompagnée durant les trois années qui ont suivi. Nous avons parcouru ensemble beaucoup de route pour devenir, chacun, des psychomotriciens et psychomotriciennes à part entière.

Merci à mes amis non-initiés qui malgré une représentation parfois floue de mon domaine de compétences m'ont toujours soutenue et encouragée.

Avant propos

Les vêtements et moi

Sur toutes les photos de moi bébé, jusqu'à longtemps après mes premiers pas, je suis en couche ou toute nue. Mes parents disent que c'était une volonté de ma part. Je préférais ne pas avoir de vêtement sur moi.

D'aussi loin que je me souviens, lorsque j'ai commencé à choisir les vêtements que je portais ils ont eu de l'importance. Je me souviens de la couleur, la forme et les motifs des premiers sous-vêtements que j'ai achetés. J'avais le sentiment qu'ils faisaient de moi une femme.

Je me souviens de plusieurs pièces, t-shirt, pantalon ou jupe, que je portais à l'école primaire. D'autres m'ont suivis au collège. C'est en 4^{ème} que, pour la première fois, je me souviens avoir porté des vêtements pour montrer qui j'étais, intentionnellement. Ce que je portais m'identifiait, c'était en accord avec qui j'étais. C'est à cette même période que j'ai abandonné les pantalons tailles basses pour les tailles hautes, plus confortables et mieux adaptés à ma morphologie. J'ai fait le deuil des échanges de jeans entre copines et accepté de devoir rechercher une forme spécifique de pantalon.

A l'âge si difficile qu'est l'adolescence, les vêtements m'ont accompagnés dans la quête de ma personnalité.

J'ai vécu l'arrivée au lycée de manière plutôt brutale. La population d'élèves ne venait pas des mêmes classes sociales que les élèves de mon collège. Ma première réaction fut de m'exclure de la vie sociale lycéenne et de revendiquer le quartier d'où je venais. Cela s'est fait par les vêtements : je n'ai jamais porté autant de joggings et sweats à capuche qu'à cette époque.

Puis je me suis apaisée et suis partie à la rencontre des autres. J'ai rencontré de superbes personnes qui, aujourd'hui encore, sont à mes côtés. Doucement mon style vestimentaire s'est modifié. En observant mes amies, et d'autres, j'ai trouvé dans leurs tenues des choses qui me plaisaient. Je me souviens avoir cherché des pièces similaires aux leurs, en y couplant mes préférences de couleurs ou de matières.

Deux ans après mon entrée à l'université mon style vestimentaire a de nouveau changé. Mes envies se situaient entre l'extravagance et l'authenticité. J'avais envie de montrer

que je maniais les vêtements, que je me les appropriais. Je trouvais mes tenues stylées, je passais du temps à les confectionner.

Ensuite j'ai commencé mes études de psychomotricité. Durant les deux premières années, un impératif relatif aux vêtements a souvent pris le pas sur le reste : le confort et la mobilité. Les nombreux travaux pratiques compris dans nos enseignements nous ont obligés à nous vêtir de jogging ou legging et de t-shirt larges plusieurs fois par semaine. J'ai rapidement compris qu'il serait pénible de se déshabiller et se rhabiller à chaque cours de pratique. J'ai donc décidé de créer des tenues qui me permettraient d'être disponible aux mouvements en cours et pas trop 'moche' en dehors. Mes vêtements sont devenus des alliés dans l'expérimentation corporelle. Certaines pièces, que j'ai beaucoup portées durant ces deux années, me sont très chères.

En troisième année les cours de pratique s'amenuisent. Parallèlement, ma pratique professionnelle s'étoffe à travers mes stages. J'y reproduis avec mes patients, à peu de choses près, mes expérimentations faites en travaux dirigés. Or, je ne peux pas me présenter tout le temps en legging et t-shirt large. Je n'en aurais plus envie, de toute façon. Alors, parfois, je fais prévaloir mon envie de porter une tenue qui me fait plaisir, au détriment du confort dans la position en tailleur, par exemple. Et parfois je privilégie une tenue confortable pour être totalement à l'aise dans mes séances. Peut être qu'un jour je choisirais, peut être que mon comportement vestimentaire oscillera toujours entre ces deux pôles.

Ainsi est mon rapport à mes vêtements. C'est certainement parce qu'ils ont toujours été très présents pour moi que j'ai porté mon attention sur ceux que les patients portaient lors de nos rencontres.

INTRODUCTION **8**

PREMIERE PARTIE : PRESENTATIONS **11**

I. CADRE CLINIQUE **11**

- A. L'INSTITUTION 11
- B. PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE 12
 - a. La psychomotricienne 12
 - b. Mon expérience de stagiaire psychomotricienne 12

II. LES PATIENTS **14**

- A. JANINE 14
 - a. Anamnèse 14
 - b. L'alcoolisme 16
 - c. Prise en charge psychomotrice 18

- B. ALEXANDRA 21
 - a. Anamnèse 21
 - b. Le troubles anxieux 22
 - c. Prise en charge psychomotrice 24

- C. YVES 26
 - a. Anamnèse 26
 - b. La schizophrénie 28
 - c. Prise en charge psychomotrice 31

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE PSYCHOMOTRICE DE COMPORTEMENTS VESTIMENTAIRES **33**

Interlude : qu'est-ce que le vêtement ? 33

I. LA REPRESENTATION DE SOI **35**

- A. LES CONCEPTS PREALABLES : IMAGE DU CORPS ET SCHEMA CORPOREL 35
- B. JANINE ET SES VETEMENTS 39
 - a. Ce qu'elle donne à voir : un vêtement écran 39
 - b. Ce qu'elle dit de ses vêtements 43

| | |
|--|----|
| C. ALEXANDRA ET SES VETEMENTS | 44 |
| a. Ce qu'elle donne à voir : un vêtement pansement | 44 |
| b. Ce qu'elle dit de ses vêtements | 47 |

II. L'ENVELOPPE **49**

| | |
|---|----|
| A. LES CONCEPTS PREALABLES : LE MOI-PEAU ET L'ATTACHEMENT | 49 |
| B. YVES ET SES VETEMENTS | 54 |
| a. Ce qu'il donne à voir : un vêtement peau pare-excitateur | 54 |
| b. Ce qu'il dit de ses vêtements | 59 |

TROISIEME PARITE : DISCUSSION **60**

I. LE VETEMENT ET LES AUTRES ORGANISATEURS

PSYCHOMOTEURS **60**

| | |
|---|----|
| A. UN VECU CORPOREL ET PSYCHIQUE SUBJECTIF | 60 |
| B. LE VETEMENT COMME OBJET PSYCHOMOTEUR | 63 |
| a. Habillage et apprentissage : praxies du vêtement ? | 63 |
| b. Temps et espace : le vêtement et l'adaptation | 65 |
| c. Tonus et émotions : dialogue avec le vêtements | 66 |
| d. Fonctions exécutives | 68 |

II. LE COMPORTEMENT VESTIMENTAIRE : UN NOUVEL ELEMENT DE BILAN PSYCHOMOTEUR ? **71**

| | |
|--|----|
| A. PRESENTATION DU BILAN PSYCHOMOTEUR ET PLACE DU VETEMENT DANS CELUI-CI | 71 |
| B. MOYENS D'ETUDE DU COMPORTEMENT VESTIMENTAIRE | 73 |
| a. Qui ? | 73 |
| b. Comment ? | 74 |
| c. Quand ? | 75 |
| d. Pourquoi ? | 76 |

CONCLUSION **78**

BIBLIOGRAPHIE **81**

ANNEXES **83**

INTRODUCTION

Mes premières interrogations autour du vêtement, avec un regard psychomoteur, datent de mon stage de deuxième année. J'y rencontrais des enfants atteints de troubles du spectre autistique sévères. Ils n'avaient pas acquis le langage et n'étaient pas autonomes. L'un d'eux, âgé d'une dizaine d'année, portait des couches. Or, les pantalons conçus pour un petit garçon de 10 ans ne sont pas prévus pour laisser de la place à une couche. C'est pourquoi, le pantalon de ce garçon était toujours baissé. Bien qu'il avait adapté sa démarche à cette entrave à un mouvement des hanches pleinement efficace, lorsqu'il fallait, en séance de psychomotricité, se mettre à quatre pattes ou escalader des mobiles, il était visiblement gêné par son pantalon.

Alors je me suis interrogée sur la place de cet objet, porté au quotidien, dans les séances de psychomotricité. Comment ne pouvions nous ne pas faire attention à cela, ne pas le prendre en compte, alors qu'il déterminait la disponibilité corporelle de certains patients ? Si le petit garçon que je suivais n'avait pas été embêté par son pantalon qui tombe pour faire les parcours psychomoteur, peut être aurait-il été plus disponible à leur réalisation et donc aurait mieux intégré les expériences sensori-motrices réalisées.

Puis, ma réflexion a évolué. Finalement, ce petit garçon ne choisissait pas les vêtements qu'il portait. Bien que ces troubles soient responsables de cela, il en est de même pour tous les enfants. Leurs parents achètent des vêtements, les enfants les mettent sans discrimination jusqu'à la pré-adolescence car c'est le plaisir de bouger qui prime. L'apparence ne prendra de l'importance qu'ensuite.

C'est alors que je me suis tournée vers les adultes. Comment choisissent-ils leurs vêtements ?

A cette période, je commençais mon stage de troisième année en psychiatrie adulte. De prime abord, en observant les patients les premières semaines, je n'ai pas remarqué de particularité vestimentaire. Excepté pour une dame, que j'appellerai ici Janine. C'est cette patiente qui, entre autres, m'a conforté dans mon choix de sujet de mémoire. D'une part, parce que je voulais comprendre son comportement vestimentaire et d'autre part car je voulais approfondir à propos de la place des vêtements en psychomotricité.

En parallèle, les professionnels de santé auxquels je présentais mon sujet avaient très souvent une anecdote à ce sujet. Ils avaient tous en tête un instant clinique où le vêtement était central, de part les dires des patients ou leurs comportements vestimentaires. Ces éléments m'ont permis de maintenir le sujet de ce mémoire autour du vêtement.

Alors, la principale question que je me suis posée fut :

Le vêtement donne-t-il des informations sur l'organisation psychomotrice d'un patient ?

En somme, les vêtements portés par le patient disent-ils quelque chose de lui, de comment il perçoit son corps, son environnement et l'autre ?

En structurant davantage ma pensée, je suis arrivée à me dire que l'objet vêtement pouvait répondre, plus spécifiquement, à deux entités psychomotrices : l'image du corps et l'enveloppe. C'est autour d'elles que j'ai construit mes problématiques :

Le vêtement joue-t-il un rôle dans l'étayage ou la modification de l'image du corps chez un patient ?

Concernant l'organisation psychique d'un patient, peut-on faire un parallèle entre la peau et le vêtement ? Dans cette optique, le vêtement peut-il remplir certaines fonctions inhérentes au Moi-Peau ?

J'ai choisi trois patients comme cas cliniques. Janine puisque son comportement vestimentaire est en décalage avec son âge et qu'elle se maquille beaucoup. Alexandra parce qu'elle rencontre des difficultés psychopathologiques moins envahissantes que la plupart des patients rencontrés lors du stage, ce qui me permet, dans mon analyse de se rapprocher au plus près des individus 'ordinaires' et ainsi avoir valeur de repère. Yves parce qu'il souffre d'une psychose et qu'il est un homme, contrastant avec mes deux autres cas cliniques.

J'ai d'abord pensé que ce serait en décryptant, chaque semaine, les tenues vestimentaires des patients que je parviendrais à faire ressortir... quelque chose. J'ai, alors, noté consciencieusement, tous les mercredis, quelles étaient leurs tenues. Au bout de quelques semaines, en comparant et en étudiant les pièces portées, au regard de l'état psychique du patient le même jour, sur plusieurs semaines, je n'ai rien réussi à mettre en évidence. Les mêmes pièces étaient portées alors que les états émotionnels variaient.

Il m'a fallu prendre de la distance, m'éloigner de l'observation très pointilleuse que je faisais des tenues vestimentaires. Je suis donc revenu à ce qui m'avait questionné en premier lieu : le comportement vestimentaire. C'est-à-dire la manière d'être, d'agir et de réagir avec les vêtements que l'on porte. J'ai alors observé différemment mes patients ; je les ai regardés avec leurs vêtements en plaçant mon œil, successivement, du côté des différents items psychomoteurs.

C'est ainsi que j'ai pu faire l'analyse psychomotrice de leurs comportements vestimentaires. C'est grâce à l'observation clinique et des lectures variées au sujet du vêtement que j'ai pu mettre en lien des éléments cliniques et des attitudes vestimentaires.

Une fois cette analyse réalisée, il m'a paru indispensable d'interroger directement les patients au sujet de leurs vêtements. C'est parce qu'ils étaient adultes et choisissaient leurs vêtements que j'avais voulu étudier ce sujet. Je me devais de leurs demander directement leurs avis. J'ai obtenu de nouvelles informations, notamment dans la comparaison de mon analyse avec leurs réponses. Ces éléments sont retracés au fil de ce travail.

Avant toute chose, dans une première partie, il me paraît indispensable de présenter le cadre dans lequel j'ai pu réaliser mes observations. D'abord l'institution et la place que la psychomotricité y occupe ; puis les patients. Pour chacun d'eux, je retrace l'anamnèse, définit la psychopathologie dont il souffre et présente le suivi psychomoteur.

La deuxième partie est consacrée aux analyses des comportements vestimentaires. Deux sous-parties la constituent, car deux thèmes principaux ont émergé au fil du temps. Dans chacune, je définis les concepts théoriques utilisés puis je présente mes interprétations des comportements vestimentaires de mes patients et leurs discours à ce propos.

La troisième et dernière partie est la discussion. Il s'agit d'abord de comparer mes analyses des comportements vestimentaires aux dires des patients, pour mettre en perspectives les résultats. Ensuite, en continuum, il s'agit d'étudier le vêtement au regard des différents items psychomoteurs pour soutenir l'idée qu'il est un élément psychomoteur. Enfin, il m'a paru pertinent d'évoquer les arguments pour lesquels l'évaluation du vêtement à sa place dans la réalisation du bilan psychomoteur.

PREMIERE PARTIE : Présentations

Pour commencer, dans cette première partie, il s'agit de présenter les différentes entités qui m'ont encadrées et m'ont permises de réfléchir dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Dans un premier temps, je m'attacherais à décrire l'institution dans laquelle j'ai évolué tous les mercredis durant un an, ainsi que la place de la psychomotricité dans celle-ci. Par ce biais, ma propre expérience de stagiaire est retracée.

Dans un second temps, je présenterais les patients qui constituent mes cas cliniques.

I. Cadre clinique

A. L'institution

La structure dans laquelle j'effectue un de mes stages longs, et d'où sont issus mes cas cliniques, est un Hôpital De Jour (HDJ). Il centralise les soins en extra-hospitalier d'un secteur psychiatrique. Il a une capacité d'accueil de 15 places et est ouvert de 9h à 16h30 tous les jours sauf le week-end.

Les patients viennent sur prescription médicale. Ils ont un emploi du temps personnel qui comprend des temps d'accueil, des repas thérapeutiques, des activités de groupe et parfois des séances individuelles en psychomotricité. Ils sont présents d'une demi-journée par semaine à tous les jours de la semaine.

Ils souffrent de pathologies rencontrées en psychiatrie générale adulte (psychose, névrose, états limites, conduites addictives, etc). La plupart des patients sont accueillis en hospitalisation libre. Toutefois, certains bénéficient de soins dans le cadre d'une sortie d'essai de l'intra-hospitalier.

L'équipe de l'HDJ comprend trois infirmières et une psychomotricienne, ainsi qu'un psychiatre référent et une secrétaire. Une réorganisation interne a eu lieu ces dernières années, entraînant une période de souffrance institutionnelle. Aujourd'hui, suite à l'arrivée d'une ergothérapeute, la dynamique positive de l'HDJ semble être relancée.

Le suivi psychiatrique, psychologique et social des patients s'effectue au Centre médico- psychologique (CMP) attenant à la structure. En effet, il y a huit ans, le CMP et l'HDJ ont fusionné dans un bâtiment commun. A présent, ces deux unités fonctionnelles associées au Centre thérapeutique à temps partiel (CATTP) forment le Centre de jour.

Au-delà de l'équipe, l'institution porte une orientation thérapeutique vers une psychothérapie institutionnelle. Cette pratique psychiatrique cherche, avant tout, à préserver l'aspect humain de la relation. Il s'agit de placer le malade au centre de sa guérison. Le principe de base est de se servir du milieu hospitalier comme d'un facteur thérapeutique¹.

B. Place de la psychomotricité

a. La psychomotricienne

Ma maître de stage est la seule psychomotricienne salariée à l'HDJ. Elle y est à temps plein, sauf pour trois heures par semaine consacrées au CATTP.

Les séances sont toujours prescrites par le psychiatre référent. Les séances individuelles s'effectuent dans le bureau de la psychomotricienne, tandis que les séances de groupe se passent dans la salle à manger transformable ou à l'extérieur.

Les groupes sont co-animés avec une infirmière ou un intervenant externe. La psychomotricienne accompagne aussi lors de sorties culturelles ou de rendez-vous médicaux

En outre, la psychomotricienne est aussi le référent douleur de la structure. Dans ce cadre, elle a la mission de permettre et de veiller à l'application des recommandations du Comité de lutte contre la douleur (CLUD) en terme d'évaluation et de prise en charge de la douleur.

La psychomotricienne est totalement intégrée comme un maillon de la chaîne.

Sa place n'est pas clivée par rapport à celle des infirmiers. C'est dans cette dynamique de partage et de communication, notamment lors des temps informels, que le travail spécifique effectué prend sens pour le patient.

b. Mon expérience de stagiaire psychomotricienne

Dès mon premier jour comme stagiaire à l'HDJ je me suis sentie à l'aise.

Avant tout, la taille de l'institution m'a correspondu car elle est à échelle humaine. J'allais côtoyer chaque semaine les mêmes personnes, et nous nous reconnaîtrions respectivement.

J'ai rapidement observé la dynamique communicationnelle volontaire évoquée ci-dessus. Pour moi, c'est le signe d'une pratique clinique riche et pensée. Je savais que mon stage serait d'autant plus intéressant et ma formation pratique pertinente. Mon envie de m'investir en a été renforcée.

¹ Gauchet A., 2016, p.11

Ma maître de stage reçoit des stagiaires de manière hebdomadaire depuis plusieurs années. De même, l'HDJ est une structure formatrice pour les stagiaires infirmières (une nouvelle toute les cinq semaines). Chacune des soignantes est ainsi habituée à la présence de stagiaire dans l'équipe. Ma place était toute trouvée.

Au fil des semaines j'ai discuté avec chacune des soignantes à propos de patients. Je suis dorénavant investie comme une professionnelle de l'équipe. Mais, ma formation n'étant pas aboutie, elles prennent le temps de répondre à mes interrogations.

Je me suis présenté aux patients chaque fois que j'en rencontre un pour la première fois. Parmi l'ensemble, seul quelques uns sont suivis en psychomotricité ou en co-thérapie. Pourtant je suis identifiée par tous.

Le relation avec ma maître de stage est à la fois professionnelle, bienveillante et joviale. Elle se questionne beaucoup sur sa pratique et m'a tout de suite intégrée dans cette réflexion. Lorsque nous voyons des patients, nous en parlons après. Nous élaborons ensemble autour de nos vécus pendant la séance. Souvent, de part son expérience, elle éclaire certains mécanismes psychiques ayant eu lieu chez le patient ou elle m'apporte un nouvel éclairage psychomoteur lui aussi teinté de nombreuses années de pratique.

Dans les séances individuelles et groupales, ma maître de stage a su m'amener progressivement vers une posture active. Sa façon de fonctionner correspond parfaitement à mon fonctionnement d'apprentissage. Plus précisément, elle ne m'a pas donné d'impératifs, de date limite ou demander des écrits. Elle m'a proposé, au fil des séances, de mener une activité ou des items de bilans. Bien que je n'ai pas été toujours prévenu, sa bienveillance me permettait de me lancer tout en étant à l'aise.

II. Les patients

Mon mémoire s'appuie sur trois cas cliniques. Chacun d'entre eux a une histoire, une pathologie et une prise en charge en psychomotricité différente. C'est pourquoi je vais présenter l'ensemble de ces éléments chacun d'entre eux.

A. Janine

a. Anamnèse

Janine a 59 ans lorsque je la rencontre à l'HDJ en septembre 2016.

Son père est mort en 1993 d'un cancer ORL, sa mère vit actuellement en EHPAD. Janine a un frère. Elle est mariée et mère de deux enfants. Elle travaille dans une banque d'affaire depuis trente ans, le climat de travail y est bon.

Le début des troubles de Janine date de 2007, elle a alors 49 ans. A cette époque, elle ne supporte plus sa situation familiale : son fils ne travaille pas, est alcoolo-dépendant et toxicomane (cannabis). Son mari ne lui apporte aucune aide pour les tâches quotidiennes et dans l'accompagnement de leur fils. Janine est déprimée et s'alcoolise.

Sa première hospitalisation survient dans ce contexte, en septembre 2008. Elle durera trois semaines et l'éloignement du foyer familial aura des effets très positifs pour elle.

Fin juin 2009, Janine fait un malaise suite à une ingestion d'alcool ($> 3\text{g/L}$). Elle est emmenée aux urgences où les coordonnées du CMP lui seront transmises. Elle est mise en arrêt de travail. La première consultation de Janine au CMP aura lieu en septembre 2009. A cette époque, elle consomme du vin et de la bière au domicile uniquement, jamais sur son lieu de travail.

En juillet 2016 Janine est prise en charge à l'HDJ

De novembre 2009 à juin 2016, Janine est hospitalisée en secteur psychiatrique sept fois, dont deux à la demande d'un tiers. La durée de ses séjours est variable, allant de dix jours à quatre mois.

Dans la même période les situations conjugale, familiale et professionnelle de Janine vont se dégrader.

Concernant sa situation conjugale, son dossier médical fait état de violences au domicile durant la fin de l'année 201 pour lesquelles Janine portera plainte contre son mari. En septembre 2014, le divorce est prononcé. Janine et son mari continuent de cohabiter dans

la maison familiale jusqu'à sa vente en septembre 2016. Janine obtient, alors, un appartement thérapeutique et est placé sous curatelle.

La relation qu'entretient Janine avec ses enfants pourrait apparaître comme fluctuante. Sa fille est à l'origine de plusieurs de ses hospitalisations. Elle est très présente pour sa mère lorsqu'elles habitent ensemble, Janine dira que la surveillance exercée par sa fille l'aide.

Avec son fils, Janine semble entretenir des relations plus compliquées. Comme nous l'avons déjà dit, il connaît lui aussi une addiction à l'alcool. Ils seront souvent en conflit, notamment lorsqu'il prendra la carte bancaire de Janine pour jouer au poker, par exemple. Lors de certaines de ses hospitalisations, elle rendra son fils, ainsi que son mari, responsables de sa rechute.

En juin 2010, après un arrêt de travail suite à son premier passage aux urgences médicales, Janine voit ses conditions de travail se dégrader. Elle est déclarée inapte au travail en juillet 2011. Durant l'automne 2014 elle subit un licenciement économique. Elle touche le chômage depuis et sera à la retraite en 2017.

A chaque hospitalisation, Janine présente un syndrome de sevrage manifeste. Les hospitalisations se passent bien, elle présente une bonne participation aux soins. Lors de ses permissions elle revient sobre (alcool-tests toujours négatifs).

Suite à ces sorties, Janine énonce souvent son envie de se sevrer définitivement. Cependant, plus généralement, elle est dans un déni massif de ses problèmes d'alcool. Parfois elle verbalise avoir honte de son comportement par rapport à sa famille et parfois elle rendra celle-ci responsable de ses rechutes, mais le plus souvent elle cache ses alcoolisations à son entourage.

Le motif principal d'admission en hospitalisation de Janine est l'ivresse pathologique.

Parallèlement, elle présente régulièrement une incurie, une anorexie et des idées dépressives en lien avec un tableau dépressif. Une anomalie du champ visuel a été avérée, suite à un bilan ophtalmologique, en janvier 2013.

Au regard des éléments fournis par le dossier médical de Janine, nous comprenons que l'origine de ses difficultés s'organise autour de l'alcool. Concernant Janine le diagnostic d'alcoolisme a été posé. Je m'attache dans la partie suivante à définir l'alcoolisme et les notions adjacentes. La sémiologie psychomotrice de cette psychopathologie est aussi retranscrite.

b. L'alcoolisme

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « la personne alcoolique est un buveur excessif dont la dépendance à l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relation avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre »².

Le DSM-VI³ met l'alcoolisme au rang des autres « troubles liés à l'utilisation d'une substance ». Il distingue différentes utilisations d'une substance : l'abus et la dépendance⁴.

L'abus est la prise de trop grandes quantités d'alcool, de manière épisodique ou permanente. La dépendance correspond à la poursuite de prise d'alcool malgré ses conséquences dommageables. Elle entraîne le développement de conduites addictives.

Ces deux utilisations sont déterminées comme pathologiques. Nous distinguons l'usage de la substance alcool, c'est-à-dire sa consommation occasionnelle et modérée.

Le psychiatre Goodman, décrit l'addiction comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».⁵

L'addiction est donc une forme de dépendance.

Actuellement en France on distingue⁶:

- L'alcoolisme primaire : la prise de boissons alcoolisées apparaît comme phénomène pathologique premier. Cette forme est la plus rencontrée (70% des formes d'alcoolisme). Elle se caractérise par une prédominance masculine, un début précoce (avant 20 ans), des troubles du comportement et une évolution rapide vers la dépendance.
- L'alcoolisme secondaire : la conduite alcoolique faite suite à une autre maladie psychiatrique (troubles anxieux, dépressif ou schizophrénique, personnalité

² Comité d'experts de la santé mentale, 1952, p. 17

³ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publication de l'Association américaine de psychiatrie

⁴ DSM-VI, 2003, p. 222

⁵ Goodman A., 1990, p. 1406

⁶ Azais F., Brunet M., Cordier B., 2010, p. 243-244

pathologique). Dans cette forme la prédominance masculine est moins marquée, le début plus tardif (après 20 ans) et une évolution lente vers la dépendance.

L'intoxication à l'alcool peut se faire dans un temps court avec une ingestion massive. Il s'agit alors d'intoxication aiguë, dont l'ivresse, c'est-à-dire un état d'exaltation, est le symptôme principal. Ce type d'intoxication est subdivisée en deux catégories : l'ivresse simple (évoluant en trois phases : excitation psychique, incoordination motrice et asthénie/paralysie) et les ivresses pathologiques (ivresses thymiques, délirantes, hallucinatoires et convulsives).

L'intoxication à l'alcool peut aussi se faire de manière chronique, elle est alors significative d'une dépendance alcoolique. Dans ce cadre on retrouve des ivresses dites pathologiques.

L'aspect et l'attitude des individus dépendants alcooliques est caractéristique : visage congestionné, tremblements, plaintes de crampes musculaires ou de nausées, etc.

L'alcoolisme chronique se traduit par une dépendance psychique à l'alcool. Il existe un sentiment d'incomplétude en l'absence d'alcool. D'autre part, lorsqu'il y a consommation d'alcool l'individu perd rapidement le contrôle, il y a alors ingestion de grandes quantités.

Sur le plan affectif l'alcoolisme chronique comporte une régression affective, un déni de l'intoxication, un état dépressif secondaire et une instabilité caractérielle (oscillant entre irritabilité et attitude de séduction).

La personnalité de l'alcoololo-dépendant se caractérise par l'anxiété, l'impulsivité et la dépression.

L'arrêt de consommation d'alcool est à l'origine d'un syndrome de sevrage. Il peut être simple ou compliqué. Pour la forme simple apparaissant dans les 6h à 48h, on parle de pré-délirium tremens avec des signes tel que des tremblements, des sueurs, des troubles du sommeil. Pour la forme compliquée intervenant, elle, dans les 2 à 5 jours, on parle de delirium tremens où l'on peut retrouver un délire confuso-onirique, une agitation psychomotrice anxieuse ainsi qu'une symptomatologie neurologique et neuro-végétative (tachycardie, déshydratation, fièvre).

Dans son mémoire de fin d'étude, A-G Tureau liste les troubles psychomoteurs retrouvés chez le sujet alcoolique⁷.

- trouble du schéma corporel : la représentation d'un soi unifié est défaillante

⁷ Tureau A-G., 2016, p.26

- troubles du tonus : le corps est rigide avec des difficultés de régulation tonique, une carapace musculaire se forme. Des sursauts tonico-émotionnels et des réactions de prestance sont présents
- troubles de l'équilibre : il n'est pas stable et confortable
- absence d'initiation motrice et absence de plaisir à mobiliser son corps
- trouble de l'image du corps : sentiment d'une enveloppe poreuse, de limites floues. La représentation du corps est difficilement concevable. Il n'existe pas d'appropriation du corps.
- carence de l'imaginaire

c. Prise en charge psychomotrice

Lors de notre premier entretien, Janine nous signifie avoir déjà participé à des ateliers thérapeutiques dirigés par une psychomotricienne lors de ses hospitalisations. Elle n'a jamais été suivie en individuelle en psychomotricité.

Nous réalisons un bilan sur trois séances. Janine est fatigable, nous ne consacrons donc pas toute la séance aux épreuves de bilan. Nous finissons par un temps de détente au tapis, ce qui constitue sa demande première pour un suivi en psychomotricité.

Je retrace ci-dessous les éléments significatifs du bilan psychomoteur de Janine pour ne communiquer entièrement que la conclusion.

L'investissement de son corps par Janine paraît assez pauvre. Lorsque je lui demande ce qu'évoque le visage et le dos, elle répond réciproquement « pas grand chose » et « rien de spécial ». Les mains sont selon elle « indispensables » et évoquent la « motricité », quant au ventre elle l'associe à la « maternité ». A la demande de citer les différentes parties du corps, elle dit dans l'ordre « tête, buste, bas ventre, membres » et s'arrête là.

Lors de la représentation de soi, Janine dit ne pas savoir dessiner. Elle commence par le visage. Les yeux clos, dessinés par un trait, renvoient l'image d'un masque. Elle dessine ensuite le cou, le bras droit, puis fait le buste. Elle essaie ensuite de remonter pour faire la jonction avec l'autre bras mais n'y arrive pas, dessinant un bourrelet et laissant une béance. Elle y joint le bas ventre dans une forme triangulaire (cette tentative de « réparation » se retrouvera dans la reproduction d'une figure géométrique). Elle dessine les jambes qui apparaissent différentes : l'une est beaucoup plus épaisse que l'autre. Puis elle dit « on va faire des cheveux ».

Le commentaire sur son dessin est le suivant : « il est bancal, grand bras – petit bras, cou trop long, le reste est à la bonne place ». « Les jambes ne sont pas pareilles, comme dans la réalité ».

Le dessin réalisé par Janine est présenté en annexe.

Janine définit une émotion comme étant « ce que l'on ressent, par exemple quand je me mets à pleurer ou hurler ». Elle parle de tremblements, de mains moites. Elle fait preuve d'efficacité pour reconnaître les émotions sur un visage.

Elle dit faire « rarement confiance totalement ». Mais a, selon elle, « le contact facile » car son caractère lui permet de s'adapter à toutes les situations, même si cela lui coûte parfois. Janine poursuit en disant qu'elle prend sur elle et fait « bonne figure ». Elle a tendance à exagérer ses expressions faciales, laissant apparaître un certain « faux self ».

Lors de l'épreuve du bras mort Janine ne parvient pas lâché le poids de son bras dans mes mains. Elle est à l'affût de chacun de mes mouvements et les anticipe (++). Je note de légères paratonies anticipatoires quand je change de direction dans un mouvement. Les ballants des bras et des poignets sont adéquats, tout comme leur extensibilité.

Conclusion du bilan :

Janine est une femme affable avec qui le contact est facile et agréable malgré un certain masque dont elle a en partie conscience. Durant le bilan elle s'est montrée attentive et persévérante, tout en verbalisant les difficultés qu'elle rencontrait. On note qu'elle a de nombreuses fois parlées de torture à son égard. Selon moi ce mot décrivait la difficulté avec laquelle elle recevait ses « échecs », plus que le reflet d'une attitude agressive de notre part.

Les difficultés de Janine s'organisent autour :

- d'une représentation et une organisation spatiale et temporelle déficitaire
- des coordinations globales non efficaces
- un état d'hyper-vigilance tonique
- d'une image du corps pauvre

Ces éléments questionnent sur d'éventuelles séquelles neurologiques consécutives à ses alcoolisations.

Janine ne semble pas pouvoir s'appuyer sur un vécu corporel sécurisant issu de difficultés probablement antérieures à ses troubles additifs.

Objectifs : lui permettre de réinvestir positivement son corps à travers des expériences sensorimotrices, un travail sur l'axe et un relâchement tonique.

Nous prenons Janine en charge tous les mercredis matins.

Lors des quelques instants passés au bureau lors du début des séances, elle nous parle régulièrement de sa nuit passée, des somnifères qu'elle a du prendre ou de sa petite fille. De même, elle verbalise très bien son état émotionnel de la journée (« très détendue », « tendue », « fatiguée »).

Lors des premières séances de relaxation, Janine répond vite aux inductions verbales, qui ne sont pourtant pas des questions. Elle ne prend pas le temps de vraiment chercher la sensation. Elle bouge ou touche la partie du corps dont la psychomotricienne parle. Elle garde une grande vigilance et ne lâche pas prise. De même, elle se relève vite lorsque la fin de la relaxation est prononcée.

Son attitude quant à la fin du temps de relaxation se modifiera début novembre 2016. Janine prend, alors, le temps d'ouvrir les yeux et de s'asseoir. Elle a un regard plongé dans le vide. Son visage est amimique. Nous nous demandons si la relaxation fait tomber certaines de ses défenses ? L'a plongé-t-elle dans un état dépressif ?

Parallèlement, Janine parle de moins en moins pendant la séance de relaxation, pour complètement arrêter. Elle verbalise à la fin que les temps d'inductions verbales longs sont anxiogènes pour elle. Par contre, elle a apprécié les pressions et lissages. Elle peut aussi mettre des images sur ses sensations comme « un œuf qui coule ».

Elle fait des efforts pour ressentir et percevoir les sensations quand nous la contactons. Par contre, quand la psychomotricienne lui demande si elle a eu des sensations pendant les inductions verbales (c'est-à-dire quand elle était seule avec elle-même) elle répond seulement « pas grand chose » ou « rien ».

Elle semble mettre à distance l'aspect psychologique des séances, s'en défend.

Au début de l'année 2017, Janine est informée que je vais dorénavant lui proposer des exercices dynamiques en début de séance. Le temps de relaxation sera préservé, mais plus court. Nous lui expliquons que je mènerais toute la séance, mais cela ce fera progressivement (dans un premier temps le temps de relaxation restera mené par la psychomotricienne).

La première séance où je lui fais une proposition, je lui explique au préalable pourquoi : je lui fais un retour sur le bilan et lui propose de travailler sur ses appuis plantaires et son équilibre. Cela passera surtout par une exploration sensorielle, sans impératif de réussite.

Lors des propositions, Janine est très concentrée mais elle est davantage dans l'imitation que l'expérimentation. Cela nous renvoie à ses difficultés d'introspection. Cependant, elle verbalise que ce travail en dynamique est bien, qu'il va l'aider à se rassurer.

B. Alexandra

a. Anamnèse

Alexandra a 29 ans lorsqu'elle consulte pour la première fois au CATTP, en juillet 2016. Elle n'a pas bénéficié d'un suivi psychologique jusqu'alors, et n'a jamais été hospitalisée. Elle a connu quelques problèmes de santé dus à son hypothyroïdie, ainsi qu'une ablation de la vésicule.

Alexandra est sous anxiolytiques, prescrits par son médecin généraliste.

Elle est enfant unique et n'a jamais connu son père. Sa mère va bien, mais les rapports qu'elles entretiennent sont conflictuels. Alexandra est en couple depuis 2 ans et vit depuis peu avec son compagnon.

Alexandra a suivi un cursus scolaire pour arriver à un diplôme Bac +4 en Sciences et Vie de la Terre. Elle travaille actuellement dans un laboratoire de recherche.

A son arrivée au CATTP, Alexandra est en arrêt de travail depuis un mois et demi.

Les débuts de la maladie datent d'octobre 2015 en lien avec un environnement professionnel difficile, notamment dans ses rapports avec la hiérarchie. Alexandra développe alors une anticipation anxieuse vis-à-vis de son travail. Elle redoute d'affronter sa hiérarchie et l'évolution de la situation (suppression de son poste, conflits...). C'est alors qu'apparaissent des crises d'angoisse et de larmes, des moments de sensation d'étouffement et des troubles du transit intestinal.

Lors du premier entretien au CATTP Alexandra présente alors des éléments thymiques de type tristesse et un manque de confiance en soi.

Elle est en demande de relaxation et de psychothérapie. Nous la rencontrons suite à l'indication faite par le médecin.

En septembre 2016 il est fait mention dans son dossier d'une prise de décision de la part d'Alexandra de se protéger au travail en prenant une certaine distance avec son travail. Le psychiatre la trouve moins anxieuse.

En novembre 2016 elle dit travailler pour améliorer la relation qu'elle entretient avec sa mère.

A la lumière des éléments fournis dans le dossier médical d'Alexandra ainsi que par l'indication de séance de psychomotricité faite par le médecin, nous comprenons que les troubles qu'elle rencontre sont d'ordre anxieux. Dans la partie suivante il s'agit de définir ce que sont les troubles anxieux et d'en donner la sémiologie psychomotrice.

b. Le troubles anxieux

L'anxiété est le symptôme d'une menace contre la stabilité psychique et/ ou corporelle, c'est-à-dire le signal d'alarme d'une situation conflictuelle soit connue (réelle ou imaginaire) soit inconnue mais toujours en relation à quelqu'un ou au monde. L'anxiété apparaît durant l'enfance et est, alors, normale et même nécessaire au développement (savoir repérer menace pour s'adapter et fuir). C'est son intensité et sa persistance au delà d'un certain âge qui est pathologique. Elle suscite alors une souffrance handicapante.

Dans la littérature médicale spécialisée, la différence est faite entre anxiété et angoisse. La seconde regroupe l'ensemble des manifestations corporelles inhérentes à la première.

La frontière entre l'anxiété physiologique et l'anxiété pathologique n'est pas franche, de nombreux paramètres interviennent. Cependant, on peut distinguer différentes circonstances dans lesquels le caractère pathologique de l'anxiété a été acté :

- les troubles anxieux dus à une affection médicale,
- les troubles anxieux liés à l'abus ou au sevrage d'une substance,
- les troubles de l'adaptation avec caractéristiques anxieuses. Face à des situations objectivement difficiles, un individu peut éprouver des symptômes anxieux ayant tendance à perdurer. Le caractère adapté de l'état d'anxiété peut devenir discutable.

Les troubles anxieux se déterminent par un sentiment de menace, de l'appréhension subit avec peur par les patients. L'anxiété s'exprime de manière chronique (trouble de l'anxiété généralisée) ou aiguë (trouble panique) face à des objets, des situations, des circonstances particulières (phobie spécifiques, agoraphobie, troubles obsessionnels compulsifs) ou dans les suites d'une expérience douloureuse (état de stress aigu, état de stress post-traumatique).⁸

Dans un souci de clarté et dans l'optique qu'est celle de mon mémoire, je ne présenterai ici que le trouble de l'anxiété généralisée.

⁸ Azais F., Brunet M., Cordier B., 2010, p. 243-244

L'anxiété généralisée se caractérise par « la présence de soucis excessifs ou injustifiés associés à une intense symptomatologie somatique ».⁹

Les symptômes principaux sont en premier lieu les troubles somatiques. Des affections quasi-permanentes sont présentes : tensions motrices, céphalées, tremblements, sensations de contractions musculaires. L'asthénie est fréquente, tout comme les troubles du sommeil et un manque d'appétit. Ces symptômes somatiques sont l'expression d'une angoisse plus ou moins systématisée : une crainte pour sa santé ou celle de ses proches, des préoccupations professionnelles, des soucis d'argent...

Tout un chacun peut ressentir de l'angoisse à certains moments de vie mais chez les patients atteints d'anxiété généralisée, cette angoisse est non fondée, permanente et excessive.

Le DSM IV a énoncé comme critères diagnostic du trouble de l'anxiété généralisée¹⁰:

- A. Une anxiété et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités.
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil.
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe (ex : l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique)
- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

Les signes psychomoteurs de l'anxiété sont l'hypervigilance, l'hyperactivité et l'hypertonie.

Il existe une distorsion de l'évaluation des perceptions corporelles, toujours en défaveur de l'adaptation. L'anxieux investit son corps dans une perspective anticipatoire d'échec. Le corps est vécu comme faillible.

⁹ Azais F., Brunet M., Cordier B., 2010, p. 183

¹⁰ DSM-VI, 2003, p. 549-550

De cela découle une peur d'impliquer son corps dans la relation. Il se produit un double mouvement : un désir d'utiliser son corps mais une crainte de le voir défaillir. Le patient est constamment sur le qui-vive pour contenir son corps et ses débordements.

c. Prise en charge psychomotrice

Lors de notre premier entretien, début octobre 2016, Alexandra s'exprime assez facilement. Elle n'est pas intimidée.

Elle nous parle de son ostéopathe qui lui dit de se détendre. Avec son médecin généraliste, ce sont les seules prises en charge médicales d'Alexandra avant son arrivée au CATTP.

Elle nous parle rapidement d'un « gros problème de confiance en moi ».

Elle se décrit comme un peu timide mais sociable, elle pense être assez ouverte. Elle dit être honnête et franche, avoir appris à dire « non », tout en disant essayer quand même d'arrondir les angles. Alexandra n'aime pas parler d'elle, « se confier soi-même ».

Comme différentes parties du corps Alexandra cite : membres – torse – tête – pieds – mains. Puis ajoute par la suite : organes – muscles et le système digestif. La dénomination du corps est succincte. La délimitation intérieur/ extérieur est marquée, l'intérieur étant seulement mou (absence de structure osseuse).

Pour ce qui est du perceptif, allongée sur le sol, elle énumère comme parties du corps senties en contact avec le tapis : mollets – cuisses – fessiers – bas du dos – parle du creux du dos comme une absence de contact – haut des épaules – une partie des doigts – avants bras – bras – tête – talons. La description est précise et complète.

Aussi bien au niveau représentatif que perceptif, Alexandra part d'une partie médiane mais pas centrale (membre – mollet) pour terminer par une extrémité (mains – talons).

Le dessin de soi est compliqué. Alexandra se met à couvert en disant d'emblée « je ne dessine que des clowns » puis semble essayer de se rassurer en disant « ça doit être une question de proportions j'imagine ». Elle ne se dessine que sur la moitié supérieure de la feuille. Elle représente d'abord l'enveloppe du corps, termine par les traits du visage.

Le dessin réalisé par Alexandra est présenté en annexe.

A la question « comment vivez-vous votre corps ? » les larmes lui montent aux yeux. Elle répond « très mal ». Alexandra parle d'un dégoût d'elle-même. Selon elle, cela remonte à son enfance.

A la question concernant la partie de son corps qu'elle préfère, Alexandra répond ses cheveux « et encore... sans pellicules ».

Conclusion du bilan :

Alexandra, comme elle le verbalise, semble souffrir d'un gros déficit narcissique. Elle ne paraît être valorisée et valorisable que par ses compétences professionnelles.

Le corps n'est pas anesthésié au niveau perceptif mais semble rester vide d'investissement libidinal et même l'encombrer.

L'objectif de la prise en charge en psychomotricité serait de renforcer l'assise narcissique d'Alexandra et, à travers les sensations vécues, lui permettre d'investir positivement son corps.

Je vois Alexandra lors d'un groupe fermé de Do In et Relaxation que je co-dirige avec ma maître de stage. Les patientes sont 5. La séance s'organise autour de deux temps : un temps d'auto-massage (Do-in) et un temps de relaxation.

Alexandra arrive presque systématiquement la première. Lors du début de séance, lorsque nous demandons comment s'est déroulée la semaine, Alexandra prend facilement la parole. Elle parle souvent de troubles du sommeil et de douleurs (tendinite, douleur musculaire, dos tendu). Dans des discussions plus personnelles avec nous, elle évoque ses problèmes de travail et son vécu.

Lors de la première partie de la séance Alexandra reproduit les auto-massages proposés et semble se les approprier. Elle verbalise lorsqu'ils ne sont pas agréables ou qu'elle se sent tendue.

La seconde partie, la relaxation, est parfois plus compliquée pour Alexandra. A deux reprises elle fond en larmes au milieu du temps de relaxation et sort de la salle. Elle expliquera à la fin de la séance l'origine de ses pleurs : la séance de relaxation est, selon Alexandra, le seul moment où elle peut se détendre. Il lui est donc précieux. Cependant, parfois, elle est trop préoccupée par ses soucis pour être disposée à la détente. Elle dit que sa tête veut se détendre mais que son corps reste contracté. Les pleurs sont alors l'issue d'une grande frustration.

Dans sa relation aux autres Alexandra est adaptée. Elle est à l'écoute des autres patientes et peut discuter facilement avec elles. Selon mon ressenti personnel, Alexandra s'est quelques fois laisser emporter par l'euphorie d'une discussion ou d'une blague pour établir une relationnelle plus amicale que thérapeutique avec nous, mais cela fut ponctuel.

C. Yves

a. Anamnèse

Yves a 51 ans lorsque je le rencontre à l'HDJ en septembre 2016. Il est atteint de troubles psychotiques schizophréniques.

Il souffre d'un eczéma invalidant, des troubles anxieux et d'un repli relationnel.

Yves a une formation de musicien : 6 ans de conservatoire et 3 ans de batterie. Il a appartenu à un groupe de musique avec lequel il s'est produit en concert. Son comportement est, dans ce cadre, adapté. Il a été reconnu en incapacité de travailler en milieu ordinaire depuis juin 2015, mais il énonce sa volonté de faire un test pour un emploi en ESAT pour lequel il a déjà la notification d'orientation professionnelle en milieu protégé.

Le père de Yves est bassiste, souffre d'addiction sévère et est un homme violent. Sa mère est pianiste, ils vivent ensemble et entretiennent une relation « fusionnelle ».

Dans un entretien au CMP, la mère d'Yves décrit sa grossesse comme désirée. Elle voulait par ce biais faire changer son mari, un homme « très difficile à vivre ». La grossesse fut difficile et l'accouchement douloureux. A la naissance de Yves, sa mère ne produit pas de lait. Selon elle, le jeune père fut heureux pendant les quelques heures qui suivirent la naissance. Puis il refusa que le bébé vive au domicile conjugal car il le « gênait pour vivre ».

A l'âge d'un mois, Yves est élevé par ses grands-parents maternels. A ses 8 mois, l'enfant est rendu à ses parents, déposé sur le trottoir devant leur maison. Lorsqu'il est récupéré et ramené à l'intérieur par sa mère, il pleure beaucoup. Le père les enferme dans une pièce pour étouffer les cris de celui-ci. La mère appellera les secours. Suite à cet incident elle demande le divorce. Elle garde Yves jusqu'à ses 10 mois.

Puis, il vivra de nouveau chez ses grands-parents maternels qui l'élèveront jusqu'à ses 7 ans. C'est alors que sa mère le reprend avec elle, définitivement.

Lorsque Yves a 10/12 ans, son père l'appelle pour lui présenter ses excuses (ce sont les premières nouvelles qu'il donne depuis qu'Yves a 1 an). Il dit à son fils qu'il va changer, sans jamais le faire.

En entretien, la mère dira qu'elle n'a pas voulu refaire sa vie, suite à son divorce, pour la dédier à son fils.

Yves n'ira presque pas à l'école maternelle car il est régulièrement malade (bronchopneumopathie, toxicose, inflammation de la prostate). Jusqu'à l'âge de 7 ans, il mange très mal et ne dort quasiment pas.

Yves souffre de troubles envahissants du développement durant son enfance. Il se décrit comme un enfant très isolé, dit être le souffre douleur de ses camarades. A l'âge de 7 ans, l'un d'entre eux l'agresse physiquement. Yves passera trois jours dans le coma.

Yves rapporte à son psychiatre un autre épisode où un enfant lui dira « j'aurais ta peau ».

Vers ses 12/13 ans, Yves voit le psychologue scolaire ce qui semble être le premier contact avec un personnel soignant. Il sort du système scolaire à l'âge de 15 ans, sans que nous n'en connaissions les raisons.

C'est pendant l'adolescence que les premiers symptômes de la schizophrénie dont souffre Yves apparaissent. Les documents répertoriés dans le dossier médical énoncent « un contexte familial compliqué ».

A l'âge de 20 ans, Yves développe un eczéma géant.

Lorsqu'il a 26 ans, il exerce des comportements hétéro-agressifs (envers sa mère) et auto-agressifs. C'est suite à ces incidents qu'il acceptera de rencontrer un psychiatre pour la première fois.

Yves n'a jamais eu de compagne. Il garde le souvenir douloureux d'une jeune fille l'ayant humilié pendant des années au lycée. Il dit alors ne pas savoir « être méchant ».

Le début de la prise en charge à l'HDJ commence en mai 2005 à la demande de Yves pour pallier sa solitude. Avant cela, il était suivi par un psychiatre exerçant dans le secteur privé. Il est mentionné dans son dossier une hospitalisation de 3 jours.

Son psychiatre référent à l'HDJ parle de psychose productive moyennement stabilisée car Yves refuse de prendre le traitement neuroleptique. Il présente des troubles thymiques et un syndrome anxio-dépressif modéré, tous deux traités efficacement par un traitement médicamenteux accepté par Yves.

On note qu'il présente des difficultés récurrentes à prendre ses traitements médicamenteux. Il les refuse longtemps avant de finir par les accepter.

Yves est rapidement satisfait de son intégration et est en demande d'activité.

En entretien avec le psychiatre Yves parle souvent des problèmes qu'il a rencontrés pendant l'enfance et l'adolescence avec ses pairs.

Yves est un grand fumeur (jusqu'à 3 paquets par jour) mais dit avoir arrêté. En fait, il a arrêté d'acheter des paquets et demande des cigarettes aux autres. Il a, aussi, fait l'achat d'une cigarette électronique.

Yves parle de son eczéma comme d'une allergie au tabac. Selon lui il disparaît lorsqu'il arrête la cigarette. Il dira aussi que cet eczéma est une maladie de peau reliée à sa névrose née pendant son enfance.

L'importance de son eczéma l'a obligé à être hospitalisé en dermatologie au mois de septembre 2014.

Comme nous l'avons vu, les premiers signes de schizophrénie sont apparus durant l'adolescence chez Yves. Cette psychopathologie, bien que beaucoup décrite, connaît des expressions multiples. Dans la partie suivante je m'attache à décrire cette pathologie et en donner la sémiologie psychomotrice.

b. La schizophrénie

Les psychoses sont des maladies mentales majeures caractérisées par une altération de la vie psychique au niveau de l'appréhension de soi, telles que l'identité et la conscience de soi, ainsi que d'une perte du contact avec la réalité. Elles se manifestent essentiellement par des délires.

Dans les classifications, il existe deux types de psychoses : les psychoses aiguës et les psychoses chroniques. Les psychoses aiguës sont des apparitions brutales d'idées délirantes dont la durée est inférieure à six mois. Les psychoses chroniques durent plus de six mois et se développent lentement. Parmi elles on distingue : les psychoses dissociatives (les schizophrénies) et les psychoses non dissociatives (psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie).¹¹

La schizophrénie est une affection fréquente, généralement sévère, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante, appartenant au groupe des psychoses chroniques (> 6 mois).

La symptomatologie schizophrénique est d'une extrême richesse, fluctuante et chronique. C'est pourquoi il n'existe aucune définition universelle de la schizophrénie. Cependant, l'observation clinique a permis de déterminer un trépied diagnostique. Il s'organise autour¹²:

¹¹ Riom M., 2016, p.13

¹² André P., Benavides T., Giromini F., 2004, p. 127

. D'un syndrome dissociatif ou discordant, le premier renvoie à l'idée de séparation quand le second exprime le manque de cohésion.

Il s'agit d'une perte de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs entre idées, attitudes et affectivités. Cela a pour conséquence une désorganisation psychique et une désintégration de la connaissance du corps.

La dissociation s'exprime dans trois sphères :

- la pensée, ou idéique, qui est une altération de la sphère intellectuelle sur les plans de la construction logique, du contenu et du cours de la pensée.
- des affects, ou thymique, qui est une déconnexion entre le contenu de la pensée et le vécu affectif. On retrouve alors une indifférence affective (froideur du contact), des réactions émotionnelles brutales et inadaptées.
- des comportements et la dissociation motrice, qui se manifestent principalement par des bizarreries, un maniérisme, des stéréotypies et une ambitendance.

. De délires, c'est-à-dire une perturbation majeure du contenu de la pensée conduisant à la perte de contact avec la réalité. Ses thèmes et mécanismes peuvent être multiples.

Il est peut être compris comme une tentative de réunification du corps et de l'esprit dans un moment où le patient est menacé de désintégration.

. D'un repli autistique né du vécu discordant qui constitue une défense contre les menaces de désintégration.

Parmi ces manifestations on retrouve la catatonie. Elle se caractérise par un ensemble de signes cliniques tel que le négativisme psychomoteur (opposition, raidissement), les stéréotypies ou les impulsions.

Le DSM-IV a énoncé les critères de diagnostic de la schizophrénie suivant¹³ :

- A. Deux (ou plus) des manifestations présentes pendant une période d'un mois : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique symptômes négatifs
- B. Dysfonctionnement social/des activités.
- C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois.
- D. Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur.
- E. Exclusion d'une affection médicale générale/du à une substance :
- F. Relation avec un Trouble envahissant du développement : le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois.

¹³ DSM-VI, 2003, p. 360-361

Le DSM-IV répertorie plusieurs types de schizophrénies¹⁴. Je ne citerais ici que les trois formes les plus fréquentes.

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquemment rencontrée. Le délire paranoïaque est le symptôme principal.

La schizophrénie hébéphrénique ou désorganisation de la personnalité (20% des formes schizophréniques) débute chez l'adolescent ou le jeune adulte. Le syndrome dissociatif est caractéristique, les manifestations délirantes étant peu présentes. Le tableau clinique est dominé par un retrait social et une pensée pauvre.

Dans la schizophrénie catatonique la dimension comportementale est prédominante avec des refus, oppositions et négativisme. On peut également observer des troubles moteurs (stéréotypies, échopraxies, maniérisme).

Nous précisons qu'une nouvelle version du DSM est parue en juillet 2013 (DSM-V). Les critères diagnostiques de la schizophrénie ainsi que les sous-types décrits dans le DSM-VI ont été modifiés¹⁵.

Dorénavant, pour porter le diagnostic de schizophrénie, au moins un symptôme du critère A doit être des idées délirantes, des hallucinations ou un discours désorganisé.

De plus, les différents sous-types de schizophrénie ont été supprimés. C'est maintenant la sévérité des symptômes du critère A qui permet de faire un diagnostic. Le but étant de capturer l'hétérogénéité des types et sévérité de schizophrénie.

Dans son mémoire de fin d'étude M. Riom donne une liste non-exhaustive des troubles psychomoteurs rencontrés auprès de patients schizophrènes lors de son stage¹⁶.

- un ralentissement psychomoteur,
- des troubles du tonus, dans un sens dysharmonique (hypertonie lors d'activités spontanées et hypotonie d'action)
- des troubles d'ajustement postural,
- des troubles du schéma corporel (méconnaissance partielle ou totale des parties du corps) et de l'image du corps
- une organisation spatiale et temporelle déficitaire, notamment dans le sens d'une désorganisation

¹⁴ DSM-VI, 2003, p. 349

¹⁵ <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-10-23/schizophrenie-criteres-diagnostiques>, le 05/02/2017

¹⁶ Riom M., 2016, p. 21

- des troubles de la gestualité, elle est inadaptée (surcharges gestuelles, contorsions, paramimies)
- des troubles de la motricité et des coordinations, conséquence des troubles précédents.

c. Prise en charge psychomotrice

A ce jour Yves ne bénéficie pas d'une prise en charge individuelle en psychomotricité. Il n'a pas fait l'objet d'un bilan psychomoteur.

Cependant, il participe à plusieurs groupes que la psychomotricienne dirige en co-thérapie avec des infirmières. Le choix de proposer à Yves une prise en charge collective plutôt qu'individuelle résulte de plusieurs éléments.

Il a parfois du mal avec le cadre. En effet, il peut soudainement tutoyer une soignante ou une stagiaire soignante. Une illustration des attaques du cadre fut sa volonté d'obtenir les coordonnées personnelles d'une stagiaire psychomotricienne. Il semble parfois se laisser déborder par ses désirs d'ordre sexuel. C'est pourquoi une relation duelle avec une femme pourrait être difficile. D'autant plus que cela pourrait faire écho à la relation fusionnelle qu'il entretient avec sa mère.

La raison principale de l'indication en prise en charge groupale pour Yves est de le faire sortir de son comportement de « collage ». Cela passe avant tout par les médiations. Dans son cas, plus que de permettre l'entrée en relation, elles permettent de mettre à distance l'aspect libidinal du corps dans le but d'appréhender ce dernier différemment. Le corps en mouvement, dans le jeu collectif ou dans la relation à un animal permet de nouvelles perceptions et ainsi un nouvel investissement corporel.

De plus, l'arrivée d'Yves à l'Hôpital De Jour fait suite à son envie de sortir de son isolement. Le groupe répond parfaitement à cette envie.

Je côtoie Yves dans le cadre du groupe fermé Jeux et Corps, co-dirigé par une infirmière et la psychomotricienne. La médiation est le jeu de société. Les patients sont au nombre de trois.

Yves aime commencer à jouer, il a même parfois du mal à attendre le début du jeu (notamment pendant l'explication des règles du jeu). Son jeu préféré est le mime. Il y est très performant, ce qui est certainement en lien avec son intérêt pour ce jeu car il aime gagner.

Lorsqu'il se retrouve dernier après le tour d'un autre joueur ou lorsqu'il ne parvient pas à avancer lorsque c'est le sien, Yves peut rapidement s'emporter. Il prend de plein fouet la défaite, comme incapable de s'en protéger.

Il dit, alors, que le jeu est nul ou rend responsable les autres joueurs. Cet emportement s'estompe rapidement. Ensuite, la réponse étonnante des soignantes peut lui permettre de se remettre à jouer avec plaisir. Mais Yves peut aussi complètement se décourager et perdre toute motivation à jouer. Alors il demande souvent si la séance est bientôt finie ou sort fumer.

Dans sa relation aux autres, Yves est plutôt adapté. Il joue facilement en équipe. Il peut initier ou entretenir une conversation avec un patient ou une soignante. Lorsqu'une soignante lui fait une réflexion sur le ton de la rigolade ou se moque très gentiment de lui, Yves n'est pas perturbé et ne se braque pas. Contrairement à son incapacité à gérer la défaite dans le jeu, il sait bien identifier une blague. Il présente une sorte d'inertie.

DEUXIEME PARTIE : Analyse psychomotrice de comportements vestimentaires

Après avoir fait les présentations, de l'institution comme des patients, et donner les définitions des psychopathologies rencontrées, je m'attache dans cette deuxième partie à étudier les comportements vestimentaires de ces mêmes patients.

Leurs trois comportements vestimentaires sont différents. Ils sont imprégnés des difficultés rencontrées dans le cadre de la pathologie subite. Pour chacun, une difficulté s'exprime plus que les autres, au regard du comportement psychomoteur mais aussi du comportement vestimentaire. Pour Janine et Alexandra, cette difficulté première est la représentation de soi, bien qu'elle s'exprime différemment. Pour Yves, il s'agit de la notion d'enveloppe.

Cette deuxième partie du mémoire est organisée autour de ces deux problématiques. Dans chacune sont définis les concepts théoriques inhérents aux difficultés rencontrées puis une analyse des comportements vestimentaires sera faite. Le discours des patients sur leurs vêtements est inséré pour chacun. Il est issu d'un questionnaire créé dans le cadre de ce mémoire, à l'intention des patients, disponible en annexe.

Avant toute chose il m'a paru nécessaire de définir le point de vue duquel je me place pour parler des vêtements.

Interlude : qu'est-ce que le vêtement ?

Dans l'esprit commun c'est, notamment, par le vêtement que l'être humain s'est distingué de l'animal. Puis, au travers des siècles, le vêtement est devenu indissociable de l'humanité. Il a participé à la différenciation des cultures, des rangs sociaux, et a structuré la vie collective (tenues de réception, bleu de travail ...) aussi bien qu'individuelle (dessous intimes). Actuellement, s'ajoute l'industrie de la mode qui fait travailler de nombreuses personnes et impacte les comportements vestimentaires de beaucoup d'individus.

Ces aspects anthropologiques, historiques et commerciaux des vêtements ne seront pas étudiés dans ce mémoire.

Je m'intéresse ici au vêtement comme à l'objet qu'un individu choisi d'apposer sur son corps. Je parle d'objet car il s'agit d'un élément non vivant, d'architectures et de matières multiples. Cet objet peut être investi affectivement ou non.

Cet objet est si présent dans la vie quotidienne que chacun adopte une manière de s'en servir, de le porter, de l'assortir... C'est-à-dire que chacun développe un comportement vestimentaire. C'est grâce à ce comportement que seront constituées des tenues vestimentaires c'est-à-dire un assemblage de différents vêtements.

Dans le Petit Robert, le vêtement est défini comme « ce qui couvre, pare, protège le corps ». Moins que de nous dire ce qu'est le vêtement, un objet, cette définition nous donne ses rôles. Ils sont énoncés à travers trois verbes : couvrir, parer et protéger.

Plusieurs auteurs ont réfléchi aux fonctions qu'a le vêtement.

Pour Michel Oliva, le vêtement exerce trois grandes fonctions pour l'être humain, hommes et femmes confondus :

- la protection : plus du regard de l'autre que du climat¹⁷
- l'expression du rang social : s'habiller c'est exister socialement.
- le désir de séduction : « l'enjeu de la démarche de séduction est de sortir l'humain du chemin biologique et social ». ¹⁸

Catherine Bronnimann n'énonce, quant à elle, pas tout à fait les mêmes fonctions¹⁹:

- la protection ou parure : « la protection est essentiellement parure », elle « pousse à assumer les différences individuelles ».
- la pudeur : dans le but de protéger l'intimité, c'est-à-dire le sexuel.
- le désir de séduction.

Pour J-Y Balut le rôle le plus déterminant du vêtement est celui d'une mise en « condition sociale »²⁰.

Peu d'auteurs, parmi ceux lu dans le cadre de ce mémoire, considèrent la fonction de protection du vêtement contre le climat.

Seul A. Descamps distingue quatre rôles du vêtement, dont l'un est la protection²¹. Ces rôles sont :

- se protéger : historiquement, la fonction première du vêtement est la protection du corps contre les agressions extérieures

¹⁷ Monneyron F., 2001, p. 70

¹⁸ *Ibid*, p. 74

¹⁹ Bronnimann C., 2015, p. 35

²⁰ Balut J-Y., 2014, p.69

²¹ Gaudu A., 2014, p.39

- se cacher ou se montrer : le vêtement joue un rôle en ce qui concerne la pudeur. Les vêtements visent à dissimuler le corps afin de pouvoir voir chez autrui un être social avant un partenaire sexuel potentiel.
- se décorer : à travers la parure il s'agit de magnifier le corps humain,
- signifier : l'importance est mise sur ce qu'il va représenter ou sur ce qu'il représente pour nous et pour autrui. Le vêtement devient un langage, notre présentation devient langage.

Dans toutes les définitions énoncées, le vêtement est étudié au regard de l'individu qu'il le porte. C'est dans cet optique que je l'étudierais aussi.

I. La représentation de soi

La représentation que nous avons de notre corps est soumise à de multiples facteurs, qu'ils soient neurologiques, sensoriels, ou affectifs. Elle s'exprime au travers de notre attitude et de notre discours. Mais elle s'exprime aussi, c'est tout l'objet de cette partie, au travers des vêtements que nous portons.

Pour les patients atteints de pathologies psychiatriques cette représentation est souvent défaillante.

Dans un premier temps il s'agit de définir les concepts principaux autour desquels s'organisent la représentation de soi, c'est-à-dire l'image du corps et le schéma corporel.

Dans un deuxième et un troisième temps, chacun consacré à une patiente, je m'attache à analyser avec un regard psychomoteur leurs comportements vestimentaires. Pour chacune d'elle, à la suite de mon analyse, je retranscris leurs discours à propos de leurs vêtements.

A. Les concepts préalables : image du corps et schéma corporel

La réflexion autour de la perception que l'être humain a de son corps remonte à fort longtemps. Aristote, déjà, parle d'une sensation globale du corps qui appelait le « sensorium commune ». Le médecin du XIX^{ème} siècle Bonnier parle lui d'un modèle postural « une figuration topographique du corps que chacun possède en soi »²². A la même époque, le neurophysiologiste anglais Head introduit la notion de schéma postural du corps. Il désigne par là l'image tridimensionnelle que nous avons de notre corps.

²² Cours de Psychomotricité, 1^{ère} année, Mme Pavot-Lemoine, non publié à ce jour

Ensuite, dans un ouvrage paru en France en 1968, Schilder thématise sur l'image du corps et le schéma corporel, de manière confondue. Il engagera la réflexion autour de ces concepts, d'autres structureront plus précisément les définitions.

- Image du corps

Le concept d'image du corps est une théorie psychanalytique. Il intègre le physique à la psyché.

La représentation que chaque individu se construit de son corps provient de ressentis (physiologiques, émotionnels ou interactionnels).²³ Cette représentation est en perpétuel remaniement et traduit ce que nous percevons individuellement, mais également dans la relation aux autres, des qualités de notre corps. C'est pourquoi l'image du corps est propre à chaque individu, chargée de son histoire.²⁴

De nombreux auteurs se sont intéressés au concept d'image du corps. Il ne s'agit pas de détailler chacun de leurs points de vue. Je ne retranscris ici que les éléments m'ayant permis d'organiser mes connaissances autour de l'image du corps, dans le but de soutenir ma réflexion dans le cadre de ce mémoire.

Les psychanalystes utilisent le concept d'image du corps de façon hétérogène : certains en font un élément primordial de toute analyse (Dolto, Schilder, Lacan) quand d'autres ne s'y réfèrent quasiment pas (Anzieu, Bick, Sami-Ali).

Pour les auteurs considérant l'image du corps comme un concept essentiel, leur définition de ce concept s'organise autour de la libido, du désir et de l'inconscient. E.W. Pireyre, psychomotricien, dit « qu'ils en oublient certains aspects fondamentaux »²⁵ tel que la peau, l'intérieur du corps, les angoisses archaïques et les tensions toniques.

Selon Schilder l'image du corps est « la résultante d'un fonctionnement sensoriel normal investi au fil du développement par la libido »²⁶, en sachant que la libido change de point de fixation au cours du développement et colore chacun d'eux. Il affirme aussi l'importance du facteur social dans cette construction de l'image du corps : c'est uniquement le contact avec les autres qui la construit.

²³ Riom M., 2016, p. 48

²⁴ Cours de Psychomotricité, 1^{ère} année, Mme Pavot-Lemoine, nous publié à ce jour

²⁵ Pireyre E., 2015, p.12

²⁶ *Ibid*, p. 34

Dolto consacre, elle aussi, l'image du corps comme libidinalisée et érotisée. D'autre part, dans sa définition, elle donne une place prépondérante aux émotions et à leurs expressions dans la relation. L'ensemble de ses mécanismes a lieu dans l'inconscient.

Ainsi, pour elle, l'image du corps est, à chaque moment, une mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle.

Elle détaille trois composantes de l'image du corps :

- l'image de base correspond au sentiment continu d'exister, de « mêmété »
- l'image fonctionnelle est l'identité, constituée de besoins et de désirs
- l'image érogène représente l'identité sexuée, c'est-à-dire les plaisirs érotiques trouvés dans la relation à l'autre.

Pireyre revendique, lui, l'ancrage clinique de sa théorie de l'image du corps. Selon lui l'image du corps est composite c'est-à-dire constituée de plusieurs éléments, neufs exactement²⁷ :

- la sensation de continuité d'existence : sentiment de sécurité interne que la vie continuera même s'il y a une menace ;
- l'identité : étayé par l'attribution d'un nom et d'un prénom elle se façonne sur des repères parentaux. Elle permet l'accès à la subjectivité.
- l'identité sexuée : né de la physiologie humaine, elle se nourrit de l'environnement
- la peau (physique et psychique) : contenant protecteur physique et psychique
- la représentation de l'intérieur du corps : le développement des différents systèmes à un rôle important dans le développement psycho-affectif
- le tonus : il est d'une part en relation directe avec la posture et l'équilibre ; d'autre part c'est sur lui que s'étaye le dialogue tonico-émotionnel
- la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité
- les compétences communicationnelles du corps : parmi les différents canaux sensoriels qui existent pour entrer en relation (mimiques, regard, gestuelle...) chaque individu en privilégie certains
- les angoisses corporelles archaïques : elles prédominent le vécu corporel du nourrisson et s'intègrent au psychisme grâce à un environnement suffisamment bon.

Cette dernière définition retranscrit la complexité que représente le concept d'image du corps. Théoriser sur la façon dont chaque individu perçoit son corps suppose de prendre en

²⁷ Pireyre E., 2015, p. 48

compte de nombreux facteurs. L'être humain s'organise et se construit selon des processus particuliers. Leurs intrications forment, chez chacun, un tout individualisé. Cette globalité est pertinemment prise en compte par Pireyre dans sa définition de l'image du corps.

Nous ne pouvons parler de l'image du corps sans énoncé le concept qui lui est intimement lié : le schéma corporel.

- Schéma corporel

Grâce à Schilder, nous savons que le schéma corporel se construit à l'aide d'un processus neurologique logé dans notre cortex pariétal et sous l'influence émotionnelle et des besoins physiologiques.

Ajuriaguerra fut le premier à donner une définition du schéma corporel. « Edifier sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »²⁸.

Par la suite, Dolto, se basant sur les travaux de Schilder, sera la première à distinguer le schéma corporel et l'image du corps.

Selon elle, le schéma corporel renvoie à une réalité de fait. Il inscrit chaque être humain dans un temps et un espace donné et se réfère au corps actuel. Il est notre vivre charnel et identique pour tous les individus de l'espèce humaine.

Corraze propose, lui, le terme de schéma corporel pour définir les rapports spatiaux qui engagent le corps. Le corps est pris comme un référentiel à partir duquel on oriente d'autres points de l'espace (référentiel égocentrique) et se tissent les relations spatiales au sein du corps propre (l'exemple le plus simple étant la localisation de points sur la surface du corps ou autotopoagnosie).

La construction du schéma corporel est amorcée par la maturation du tonus chez le nouveau-né, associée à la perte des réflexes archaïques. Ajuriaguerra a formulé quatre étapes dans l'évolution de la perception du corps, et donc de la construction du schéma corporel :

- Le corps vécu (3 mois-3 ans) : l'enfant a une conception globale de son corps bien que toutes les parties du corps ne soient pas encore intégrées.

²⁸ Vert E., 2015, p.12

- Le corps perçu (3-7 ans) : l'enfant perçoit la distribution spatiale des différents segments de son corps. Ceci lui permet l'accès à de nombreux ajustements corporels et l'acquisition des repères spatiaux en prenant le corps comme référence.
- Le corps connu (à partir de 3 ans) : l'enfant devient capable de nommer les différentes parties de son corps ce qui favorise la prise de conscience de ce corps.
- Le corps représenté (à partir de 7 ou 8 ans) l'enfant accède à une représentation mentale de son propre corps.

Maintenant que les concepts d'image du corps et de schéma corporel ont été définis, je vais m'intéresser aux comportements vestimentaires de Janine puis d'Alexandra.

J'ai choisi d'analyser, dans un premier temps, ces attitudes vestimentaires au regard de mes lectures sur les vêtements. Ensuite seulement j'ai interrogé les patients sur leurs vêtements. Les différences entre mon analyse et leurs discours sont étudiées lors de la discussion.

B. Janine et ses vêtements

a. Ce qu'elle donne à voir : un vêtement écran

Janine est une femme de petite carrure. Le bilan psychomoteur réalisé a démontré une image du corps peu étayée chez Janine²⁹.

Les tenues vestimentaires de Janine sont plutôt variées, elle en crée différentes avec un panel de pièces vestimentaires. Ces tenues sont parfois plus féminines, parfois plus décontractées. Elle change tous les jours de pulls mais moins souvent de pantalon. Je ne l'ai encore jamais vu porter de jupe.

Dans les premiers mois de prise en charge Janine arrive plusieurs fois en séances avec de nouvelles pièces vestimentaires. Durant la période des soldes elle évoque sa demande à sa curatrice d'obtention d'un budget pour faire du shopping. Elle dit n'avoir besoin de rien mais énonce ses envies : des jeans, des pulls et sous pulls.

Janine, qui va avoir 60 ans, revendique s'habiller comme une jeune. Elle évoque à une reprise que plusieurs de ses vêtements lui sont donnés par sa fille. Elle aime cela et l'incite à continuer. Elle taille plus petit qu'elle, du 36, et récupère ainsi des pièces que sa fille ne peut plus mettre.

²⁹ Cf *supra*, p. 19-20

Janine sent quotidiennement l'urine et la transpiration, cela se sent au travers de ses vêtements. Mais tous ne semblent pas imprégnés de ces odeurs corporelles. Les pulls de Janine sont toujours propres, les jeans eux sont parfois tachés et les chaussettes sont toujours sales. Nous supposons que ses sous-vêtements bas sont aussi régulièrement sales, l'odeur d'urine qui s'en dégage en est un indice.

J'observe que la tête et les pulls sont les pièces les plus soignées esthétiquement. Alors, Janine prend soin de ses vêtements de manière axiale (du haut vers les bas) et en couche (du plus éloigné de la peau au plus proche).

Les cheveux de Janine sont gris, coupés courts avec une frange, sont souvent d'apparence grasseuse. Pourtant, aller régulièrement chez le coiffeur est une des priorités de Janine. Elle se les fait bouclés, aspect qu'elle préfère à leur raideur naturelle.

Janine se maquille beaucoup. Elle s'applique du fond de teint sur le visage en couche épaisse, du noir sur les yeux et du rouge à lèvres. L'ensemble n'apparaît pas soigneux et donne plutôt l'impression d'un étalage rapide.

Janine a généralement les ongles longs et plutôt sales.

Plusieurs éléments nous interpellent quant à l'utilisation des vêtements et de maquillage par Janine.

Le surinvestissement de la tête (visage et cheveux) exprimé par beaucoup d'actes de parure.

L'attention différente portée aux vêtements du haut du corps et ceux du bas du corps. Cela est associé à un intérêt restreint pour les vêtements les plus proches de sa peau (sous-vêtement et chaussettes) pour porter son attention sur les vêtements les plus éloignés (les pulls).

Le peu d'attention ou d'intérêt se traduit par l'odeur émanant des pièces vestimentaires. C'est-à-dire que Janine n'en prend pas soin, les considère moins.

Enfin, gardons en tête que Janine a des ongles longs mais souvent sales.

Intéressons nous, pour commencer, au maquillage de Janine.

Selon France Borel, par le maquillage la femme devient plurielle, elle devient autre et comble ses désirs de paraître. Elle se métamorphose car le maquillage désanimalise, dénature, contrôle le hasard et met le visage à distance³⁰.

Dans l'optique de correspondre à une image idéale d'elle-même, Janine cache son image réelle derrière une importante couche de maquillage. C'est pourquoi nous l'assimilons à

³⁰ Borel F., 1992, p. 218

un masque. Pour E. Bach le masque « montre un état émotionnel figé tout en cachant à l'Autre le vrai ressenti émotionnel. Il fige »³¹.

Cette interprétation de l'utilisation du maquillage comme un masque pour Janine est étayé par le maintien de son comportement esthétique malgré la présence d'une moustache sur sa lèvre supérieure. En effet, dans des périodes de moins bien, Janine laisse apparaître une moustache sur son visage. Elle peut alors prendre rendez-vous chez le coiffeur sans s'occuper de sa moustache. De même, elle continue à se maquiller autant.

Ainsi, Janine se part de son masque quotidien et fait très attention à ce que la partie capillaire de celui-ci soit adéquate.

Maintenant, intéressons nous à l'utilisation du vêtement par Janine.

Catherine Bronnimann décrit trois fonctions du vêtement : la parure, la pudeur et le désir de séduction. Selon elle sé-duire signifie tirer à l'écart, détourner, séparer.

« D'un point de vue psychique l'habit semble illustrer des tentatives conscientes et inconscientes du sujet pour correspondre par l'apparence, à une image magnifiée de lui même, c'est-à-dire d'une certaine façon à un moi idéal ».³²

L'utilisation du vêtement par Janine semble se situer plus particulièrement à ce dernier niveau. N'ayant pas accepté le caractère défaillant de son image du corps, Janine s'attache à une image d'elle même magnifiée, aux assises narcissiques plus solides. A travers les vêtements et le maquillage elle cherche à devenir cette image.

Concernant le vêtement, J-Y Balut dit : « Le rôle le plus déterminant du vêtement (...) est celui d'une mise en condition sociale, d'une investiture, tant des modes instituant des liens que ceux institués des rôles pour lesquels on se lie ». « Le vêtement est foncièrement d'utilité sociale comme investissant la Personne en ses liens et ses rôles. Il y a production d'une identité sociale »³³.

Le vêtement permet à Janine de se mettre « dans la peau » de la femme qu'elle voudrait être. Tout comme le maquillage, l'objet vêtement est utilisé pour créer une nouvelle image d'elle. J'insiste sur le vocabulaire : le vêtement est utilisé et non investi. C'est-à-dire que Janine lui attribue comme seul rôle celui de créer une barrière entre elle et son image du corps défaillante.

Puisqu'elle n'accepte pas les défaillances de son Moi, le vêtement ne peut pas être

³¹ Bach E., 2012, p.42

³² Bronnimann C., 2015, p. 39

³³ Balut J-Y., 2014, p.69

investit comme un objet qui les guéri. Il le reste alors un simple objet. Selon France Borel la parure a une fonction de protection psychologique. Elle « réassurance contre le manque d'amour ». ³⁴

Le vêtement est donc un écran qu'elle met pour entrer en relation. C'est par le manque de soin, véhiculé par l'odeur des vêtements, que nous discernons ce clivage.

« La parure peut dissimuler tout en révélant ce qui est caché ». ³⁵

France Borel parle de cette dichotomie. « La parure est un ingénieux système visant à instaurer une certaine harmonie entre des intérêts antagonistes en modifiant la forme apparente du corps, elle procure un sentiment accru de puissance, le sentiment d'« extension de notre moi corporel ». [...] La parure suscite un sentiment de pouvoir. La conscience du corps se poursuit par la conscience ingérée des corps étrangers ». ³⁶

Dans son utilisation du maquillage mais aussi du vêtement, jeune et plaqué, Janine présente un fonctionnement en faux-self. De plus, lors du bilan psychomoteur Janine avait énoncé son attitude de faire « bonne figure » ³⁷.

Elle donne à voir une image d'elle discordante de son vécu émotionnel et psychique. C'est moins pour le regard de l'autre qu'elle cherche à cacher ses défaillances que pour son propre regard sur elle-même.

C'est alors que nous pouvons reprendre nos observations sur l'attention plus grande apportée aux pièces les plus près de la tête par Janine, associées à ses ongles longs sales. Le visage et les mains sont les deux parties du corps avec lesquelles nous entrons en relation. Elles sont les parties les plus sociales du corps humain.

De part son fonctionnement en faux-self, Janine tient à maintenir ses parties 'socialement adaptées', car, dans les représentations partagées par tous, une femme ordinaire se maquille et a les ongles longs. Le pantalon, les sous-vêtements et les chaussettes, loin d'être des éléments essentiels de l'entrée en relation, ne sont que peu regardés par Janine.

Dans une logique similaire, les vêtements les plus éloignés du corps sont les plus visibles par l'Autre. Alors, Janine leur apporte plus d'attention qu'aux vêtements qu'elle porte à même la peau (invisible aux yeux d'autrui).

³⁴ Borel F., 1992, p. 38

³⁵ Bach E., 2012, p.42

³⁶ Borel, *op. cit.*, p. 36

³⁷ *Cf supra*, p. 19

Nous pouvons supposer que son comportement est impacté par les vêtements qu'elle porte et la sorte de vitrine qu'ils incarnent. Puisqu'ils ne sont pas investis, qu'ils ne sont qu'un objet entre deux parties d'elle, il y a certainement une interaction entre Janine et ses vêtements.

Selon France Borel « le simple fait de porter tel ou tel vêtement modifie le comportement ».³⁸ Pour C. Joubert et S. Stern, au contraire, « sur nous, le vêtement se colore, à nos yeux de nos humeurs, tristesse, fatigue ou joie ».³⁹

Les deux points de vue sont ici pertinents. D'une part les vêtements de Janine soutiennent un comportement en faux-self. D'autre part, ils laissent transparaître ses défaillances narcissiques. Dans les deux cas, ils restent extérieurs à son Moi.

Conclusion

Les mécanismes psychiques de Janine ne lui permettent pas d'accepter les défaillances de son image du corps. Cela résulte peut être d'une avancée dans l'âge mais aussi, plus certainement, de son problème d'addiction à l'alcool. Alors le maquillage et le vêtement sont des objets avec lesquels Janine tente de dissimuler ses failles. Elles resurgissent néanmoins au travers de ces mêmes objets.

b. Ce qu'elle dit de ses vêtements

Lorsque je lui demande ce que symbolise le vêtement pour elle, Janine me répond que ce n'est pas « sa priorité ». Elle complète « dans la civilisation on ne se balade pas nu. Je suis vêtements mais confortables. Pas bling-bling ».

A la question de comment elle choisit ses vêtements le matin, elle dit « comme je suis toujours en pantalon je choisis d'abord ça. Puis le haut. 90% de mes vêtements sont pratiques et confortables ».

Elle dit avoir des vêtements préférés, notamment de « vieux pulls ». Elle ne les met qu'à l'intérieur, puisqu'ils sont « bien douillés ». Pour dormir elle porte un « vieux t-shirt de son ex-mari ». Lorsque nous lui demandons si elle ressent de la nostalgie elle dira non. Elle précise adorer les jupes mais n'en met pas. « Je me sens mieux en pantalon, pour le confort. Je ne me sens pas bien quand je suis apprêtée. Je suis 'sport-wear' ».

Lorsque je lui pose des questions sur ses achats de vêtements elle dit ne pas en acheter souvent. Par contre, lorsqu'elle a une envie ou une idée bien précise elle part à la recherche. Janine peut aussi avoir un coup de cœur pour un vêtement en le voyant en vitrine.

³⁸ Borel F., 1992, p.34

³⁹ Joubert C. et Stern S., 2005, p.79

Elle dit ne jamais essayer les vêtements et ne pas regarder leur taille. « A vu d'œil je vois s'ils m'iront ou pas ». Les critères principaux pour elle sont le confort, puis le tissu « pas trop fragile et facile à entretenir » et enfin la couleur. Elle précise ne pas aimer les couleurs neutres. Elle aime le fuchsia et le bleu.

Elle dit regarder les vêtements des autres. « Ca me saute aux yeux. Je regarde l'harmonie de la tenue et si les vêtements sont adaptés à la morphologie ».

C. Alexandra et ses vêtements

a. Ce qu'elle donne à voir : un vêtement pansement

Alexandra présente un léger surpoids. Elle parle de son corps comme quelque chose qui la dégoûte. Son image du corps est défaillante⁴⁰.

Précisons ici, que le terme défaillant n'est pas choisi au hasard. Nous l'avons comparé au terme déficitaire, initialement employé. Parler de 'déficit de l'image du corps' impliquerait qu'il y a un seuil en dessous duquel l'image du corps serait dysfonctionnelle. Or, l'image du corps étant une donnée totalement individuelle, il n'est pas possible d'en définir un fonctionnement et donc un dysfonctionnement. Le terme de défaillance renvoie à un manque, à un affaiblissement. L'histoire de vie et la construction psychique peuvent avoir des conséquences négatives pour l'investissement corporel, l'image du corps est alors affaiblie.

Alexandra porte toujours des t-shirts colorés et un jogging noir pour les séances de relaxation. De cela nous déduisons deux choses :

- Alexandra est à l'écoute de son corps, puisqu'elle le vêt de manière à permettre une aisance gestuelle optimale. En effet, en plus du jogging idéal pour la relaxation, les t-shirt choisis correspondent à sa morphologie (larges et en matière fluide).

Lors d'une séance elle porte un débardeur recouvert d'un haut fluide, fleuri et légèrement transparent. Elle enlève ce dernier car elle a trop chaud. Elle le remettra quelques instants après, puis l'enlèvera de nouveau. Par ces actes elle répond à un besoin physiologique, celui de faire baisser sa chaleur corporelle. Cela renforce l'idée qu'Alexandra a une conscience corporelle efficace.

- Alexandra a des bonnes capacités d'adaptation. Elle adapte sa tenue à un espace/temps donné, c'est-à-dire un temps de relaxation au CATTP.

⁴⁰ Cf *supra*, p. 24-25

Le bilan psychomoteur d'Alexandra avait mis en lumière une perception efficace de son corps mais un investissement libidinal de celui-ci pauvre⁴¹.

La perception efficace du corps nous ramène à l'idée d'une conscience corporelle adéquate. Quant à l'investissement libidinal pauvre, il nous renvoie à une image du corps déficitaire.

Nous constatons donc un décalage, une contradiction, dans le vécu corporel d'Alexandra.

D'une part, son corps est évoqué comme une entité dégoûtante, où rien n'est joli. D'autre part il est paré de vêtements féminins et confortables.

Le corps est investi négativement mais le comportement vestimentaire est positif. Ce dernier est soigné et soigneux.

Comment se fait-il qu'elle porte autant d'attention à un corps qu'elle n'aime pas ?

Pour E. Coccia, le « vêtement est un corps »⁴². Avec le vêtement nous faisons l'expérience d'un corps qui ne coïncide pas avec notre corps anatomique. « Se vêtir signifie chaque fois compléter notre corps, ajouter à notre corps une épaisseur »⁴³.

Alexandra se sert-elle du vêtement pour compléter son corps ? Plus précisément, le vêtement lui permet-il d'amener du positif dans l'image qu'elle a de son corps ?

Puisqu'elle ne parvient pas à projeter sur son corps anatomique un regard positif, Alexandra semble utiliser le vêtement comme médiateur. Un médiateur permet d'entrer en relation. Pour Alexandra, le vêtement fait le lien entre son image du corps défaillante et son désir de bien être physique et psychique. Il lui permet de palier une image du corps défaillante. Ainsi, elle investit plus positivement son corps.

Cette intégration du vêtement à l'image du corps est reconnue par plusieurs auteurs.

France Borel, historienne de l'art et docteur en philosophie et lettres, dit qu'« il est démontré que la moindre transformation opérée sur le corps entraîne [...] un bouleversement des perceptions et de ce que Paul Schilder [...] a baptisé l'image du corps. [...] L'artifice du vêtement, de l'ornement s'intègre et s'intériorise parfaitement »⁴⁴.

⁴¹ Cf *supra*, p. 25

⁴² Coccia E., 2013, p.145

⁴³ *Ibid*

⁴⁴ Borel F., 1992, p. 22

Pour Catherine Bronnimann, psychothérapeute et ancienne designer de mode, « le vêtement s'intègre immédiatement à l'image du corps et nous nous comportons très différemment selon que nous sommes nus ou habillés »⁴⁵.

Alexandra a tenu un jour un discours qui illustre les mouvements d'incorporation à l'œuvre dans son rapport aux vêtements.

Au retour des vacances de Noël, lors du début de séance où chacune évoque son état du moment, Alexandra nous fait part d'une décision qu'elle a prise. Elle souhaite prendre soin d'elle. Elle va alors se maquiller et mettre de la crème quotidiennement. Elle ne parle pas de changement de style vestimentaire, et nous n'en verrons aucun.

Pourtant, dans son discours le vêtement est intégré à cette modification de son apparence au même titre que le maquillage. En effet, ce que ses collègues lui renvoient de son choix de se maquiller est que cela lui va bien de « s'habiller en fille ».

C'est donc par le vêtement et le maquillage qu'Alexandra prend soin d'elle. Bien que le premier n'ait pas été énoncé comme soutenant sa décision, les retours qu'elle reçoit le concerne.

E. Coccia parle du lien entre le(s) corps et le vêtement. Selon elle le vêtement ne répond pas à notre corps dans son unité mais à l'idée que nous nous en faisons.

« Le vêtement humain est une coupure à l'intérieur de l'homme, non pas entre le corps et l'extérieur, mais entre le corps anatomique et un corps prothétique et purement virtuel. Les vêtements et le corps sont deux réalités d'un même corps »⁴⁶.

Ainsi, le corps anatomique et le vêtement sont deux pôles d'une même réalité. « Grâce au premier, l'homme est capable de vie, grâce au second la vie anonyme s'individualise. Le premier est fait de chair, le second ne sert qu'à transformer le sujet en image ».⁴⁷

L'auteur ira plus loin dans l'analyse de l'objet vêtement. Selon elle, le vêtement constitue un ornement ne répondant à aucun besoin naturel, il produit autour de chacun une sphère plus ou moins grande de signification. Cette accentuation de la personnalité se fait donc par un trait d'impersonnalité.

Elle dit alors que « pour nous rendre absolument connaissables, nous nous confondons avec quelque chose qui ne nous appartient pas. [...] Une portion du monde complètement étrangère à nous [...] devient (puisse devenir) plus proche de nous et de notre moi que ne l'est notre propre corps (anatomique) »⁴⁸.

⁴⁵ Bronnimann C., 2015, p. 99

⁴⁶ Coccia E., 2013, p.147

⁴⁷ *Ibid*, p. 155

⁴⁸ Coccia E., 2013, p. 140

Elle conclut sa démonstration en énonçant : « Le mouvement spirituel propre au moi est la force de se reconnaître en quelque chose d'extérieur, qui devient quelque chose propre à soi. C'est la même physiologie qui est à l'œuvre dans tout vêtement »⁴⁹.

Alexandra cherche à introduire par le vêtement un vécu positif dans l'image qu'elle a de son corps. C'est une recherche active, puisque elle verbalise cette décision de prendre soin d'elle.

Le moyen qu'elle utilise est inconscient, puisqu'elle passe par le vêtement pour mettre en œuvre sa volonté de re-narcissisation.

Elle cherche à s'appropriier les vertus positives du vêtement : féminité, beauté, bien-être...

Emilie Bach parlera de la parure comme d'un « système d'incorporation »⁵⁰. Elle donne comme exemple les chasseurs qui se parent des peaux d'ours pour s'approprier leur force ou encore de l'enfant qui met les vêtements de ses parents, ce qui participe à la construction du Moi.

Conclusion

Le comportement vestimentaire d'Alexandra illustre sa volonté, qu'elle énonce parfois verbalement, de re-narcissisation.

Le choix de vêtements féminins et confortables pour vêtir un corps trouvé « dégoûtant » est une mise en acte de cette volonté. Alors, le vêtement est loin d'être un simple tissu apposé sur le corps. Il en devient, psychiquement, une partie. Dans le cas d'Alexandra c'est la seule partie du corps investi positivement.

b. Ce qu'elle dit de ses vêtements

A la question « Qu'est ce que symbolise le vêtement pour vous », Alexandra écrit : « Jusqu'il y a quelques mois, les vêtements servaient principalement à me couvrir. Depuis quelques temps, je fais plus attention car je veux faire des efforts et que ça améliore ma confiance en moi ».

Le matin, pour choisir ses vêtements, elle écrit : « depuis quelques temps, je m'habille plus 'en fille' donc selon le temps (pluie,...), j'adapte le choix entre pantalon, jupe (ou robe). Le haut, je le choisis souvent la veille au soir ».

⁴⁹ *Ibid*, p.142

⁵⁰ Bach E., 2012, p.42

Alexandra aime acheter des vêtements mais « sans trop dépenser ». Les critères qui sont importants pour elle sont, dans l'ordre : la couleur, le confort, le prix, le tissu et le style.

Elle écrit ne pas faire attention aux vêtements des autres.

Dans ce chapitre j'ai présenté mon analyse psychomotrice et le discours de deux patientes femmes aux problématiques névrotiques à propos de leurs vêtements.

Autant par les mécanismes mis en lumière par les auteurs cités que par les réponses qu'elles m'ont directement données, j'ai constaté que les vêtements peuvent jouer des rôles très différents. Ceci bien que la problématique psychomotrice principale soit la même.

Dans le second chapitre, j'effectue la même démarche d'analyse psychomotrice et de questionnement autour des vêtements, mais cette fois-ci, je m'intéresse à un homme psychotique.

II. L'enveloppe

A. Les concepts préalables : le Moi-Peau et l'attachement

Les éléments théoriques ci-après ont été choisis en rapport avec le patient dont j'ai décidé d'analyser le comportement vestimentaire. La problématique de ce patient s'organise autour de deux axes principaux : un Moi-Peau défaillant et une problématique d'attachement.

Je développerais la théorie du Moi-Peau, puis je présenterais succinctement la théorie de l'attachement développée par Bowlby. Bien que cette dernière ne soit pas utilisée comme support direct à l'analyse vestimentaire du patient, elle permet de comprendre certains des mécanismes psychiques qui peuvent l'animer.

• Le Moi-Peau

D. Anzieu, psychanalyste, théorise pour la première fois le concept de Moi-Peau dans un article paru en 1974. Il le définit alors comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps »⁵¹. Selon lui, « toutes activités psychiques s'étaient sur une fonction biologique. Le Moi-Peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau »⁵². Cette peau, a, pour lui, trois fonctions :

- la contenance,
- la limite entre le dedans et le dehors
- la communication et les échanges avec l'environnement

Dans l'ouvrage, « Le Moi-Peau », paru en 1985, Anzieu complète sa définition du Moi-Peau. Il sert à l'enfant à se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de la surface du corps.

Dans cette même parution, il augmente le nombre de fonctions à neuf. La fonction d'autodestruction sera finalement abandonnée, considérée comme une anti-fonction.

Les huit autres fonctions sont encore aujourd'hui reconnues :

- Fonction de maintenance

Elle résulte de l'attitude maternelle de holding c'est-à-dire la manière dont mère soutient le bébé, décrite par Winnicott et qui est une fonction biologique. La fonction psychique correspondante se développe par intériorisation de ce holding, c'est-à-dire par ce portage. Le Moi-Peau a, alors, comme fonction la maintenance du psychisme. Cette fonction permet au bébé de se verticaliser.

⁵¹ Anzieu D., 1995, p. 1

⁵² *Ibid*, p. 61

- Fonction de contenance

Elle résulte du handling apporté par la mère c'est-à-dire les soins physiques et psychiques en accord avec les besoins du bébé, là aussi décrit par Winnicott. Les jeux entre le corps de la mère et du bébé, leurs interactions, permettent au nourrisson d'éprouver progressivement des sensations et des émotions qui lui sont propres. Ces expériences apportent le sentiment de continuité et d'unité. Il est résulte un représentation du corps et du psychisme comme un contenant stable.

- Fonction de pare-excitation

La couche superficielle de l'épiderme protège le peau, et l'organisme de manière plus général, contre les agressions et excès de stimulations. Le Moi-Peau remplit cette même fonction pour le psychisme. Plus précisément, il présente une structure en double feuillet dont l'externe a comme fonction de protéger.

A défaut de prendre appuis sur le derme le pare-excitation peut être cherché dans le derme. Il s'agit alors de la seconde peau musculaire, décrite par E. Bick⁵³.

- Fonction d'individuation

La peau présente des caractéristiques qui individualise chaque être humain. A son tour, le Moi-Peau apporte au Soi le sentiment d'être un être unique.

- Fonction d'intersensorialité

La peau est une surface qui reçoit de nombreuses informations sensorielles et les transmet. Le Moi-Peau est une surface psychique qui relie les sensations entre elles et les transforme en figure. Cela aboutit à la constitution d'un sens commun où les organes communiquent entre eux.

- Fonction de soutien de l'excitation sexuelle

La peau de l'enfant est l'objet d'investissement libidinal de la part de sa mère. Réciproquement, la peau de l'enfant est réceptrice du plaisir que prend celle-ci à le materner. Comme surface, le Moi-Peau est une enveloppe d'excitation sexuelle globale où des zones érogènes se localisent.

- Fonction de recharge libidinale

La peau est stimulée constamment par le tonus sensori-moteur dans le mouvement. Le Moi-Peau remplit la fonction de maintien de l'énergie psychique.

⁵³ Anzieu D., 1995, p. 220

- Fonction d'inscription des traces sensorielles

La peau, avec les organes tactiles qu'elle contient, fournit des informations sur le monde extérieur recoupées ensuite par le sens commun. Le Moi-Peau inscrit dans le psychisme ces traces cutanées et sensorielles.

La construction du Moi-Peau débute dès les premières tétées selon Anzieu. Il reprend ainsi le concept de stade oral de Freud pour soutenir son analyse.

Lors de la tété le nourrisson fait plusieurs expériences. D'abord il ressent un « contact différenciateur, un lieu de passage »⁵⁴. Puis, grâce à la réplétion, c'est-à-dire la sensation que le lait remplit la cavité stomacale, le bébé expérimente « une masse centrale, un plein, un centre de gravité »⁵⁵. Enfin, le portage du bébé, la chaleur, les odeurs, les mouvements qu'il sent, lui permettent d'expérimenter « une interface permettant la distinction du dedans et du dehors »⁵⁶.

Le Moi-Peau transforme l'expérience tactile concrète d'un contenant, en représentation symbolique d'un contenu.

Dans un premier temps, l'enfant perçoit l'existence de sa peau. Cette sensation lui donne conscience des limites de son corps et une confiance suffisamment importante en son intégrité corporelle. Ce sentiment d'intégrité soutient une enveloppe narcissique et un bien être de base pour le Moi, d'où l'idée du Moi-Peau.

« Ainsi l'instauration du Moi-Peau s'établit en réponse au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base. Cette sécurité de base permet à l'enfant de contenir ses pulsions ».⁵⁷

La pulsion a une source corporelle, elle est liée aux expériences sensorielles et motrices précoces. Puis, l'appareil psychique se représente la pulsion en la localisant imaginairement dans un organe des sens. Enfin, le langage permet d'inclure la pulsion dans un scénario fantasmatique qui agence la source et le but dans un espace et un temps.

Si le Moi-Peau n'est pas solidement construit, l'enfant ne trouve pas de sécurité interne. Alors, il développe difficilement ses compétences. Ainsi, il ne peut pas entrer en

⁵⁴ Anzieu D., 1995, p.57

⁵⁵ *Idib*

⁵⁶ *Ibid*, p. 58

⁵⁷ Vogel F., 2015, p. 39

contact et chercher à découvrir l'autre et l'environnement. Il adopte alors, notamment, des comportements d'attachement pathologiques.

« Depuis les années 60, l'enfant n'est plus considéré comme un être passif mais comme un être doué de compétences. Ces compétences lui permettent d'entrer en interaction avec ses parents et ainsi d'influencer les comportements et réactions de ceux-ci, et de son entourage en général. La mise en place des interactions et de l'attachement est favorisée par la découverte que font les parents des compétences de leur enfant »⁵⁸.

Réciproquement, si l'attachement à la figure maternelle ne s'élabore pas dans une continuité et une sécurité, l'enfant ne pourra pas recevoir et intégrer les stimulations externes.

Les notions de Moi-Peau et d'attachement sont simultanées et ne mettent pas les mêmes mécanismes en jeu. Elles restent cependant nécessaires l'une à l'autre.

• L'attachement

J. Bowlby, psychanalyste, postule qu'il existe des comportements innés qu'il nomme comportements d'attachement. Selon lui les nourrissons sont biologiquement déterminés à s'attacher à la personne qui s'occupe d'eux. La fonction de ce comportement est d'établir une proximité physique avec la figure d'attachement.

Le système d'attachement, s'exprimant par des cris, des sourires ou l'agrippement, est inactif quand le bébé est en contact proche avec sa figure d'attachement. Il se ré-active lorsque les conditions changent. La recherche de proximité n'est pas le seul fait du bébé, la mère maintient et recherche elle aussi la proximité avec lui.

« L'instauration de ce lien entraîne un sentiment de sécurité de base, sentiment de sécurité interne. Quand il se sent suffisamment en sécurité, l'enfant s'éloigne de sa figure d'attachement pour explorer »⁵⁹.

Il existe différents types d'attachements⁶⁰ :

. Attachement sécure : c'est le lien d'attachement optimal. Lors de la séparation, l'enfant manifeste sa détresse mais il peut être rassuré facilement par une autre personne. Lors des retrouvailles, l'enfant accueille son parent. Il sait que ses signaux de détresse entraînent chez le parent une réaction rapide et adaptée.

. Attachement insécure-évitant : l'enfant ne semble pas être affecté lorsque sa figure d'attachement s'éloigne ou s'en va. Lors des retrouvailles il n'exprime aucun soulagement et ne va pas accueillir le parent, au contraire il fait preuve d'ignorance et d'évitement.

⁵⁸ Vogel F., 2015, p. 39

⁵⁹ *Ibid*, p. 16

⁶⁰ Jegou S., 2014, p. 15-17

. Attachement insécure-résistant ou ambivalent : lors de la séparation avec le parent, l'enfant exprime une détresse immédiate et de l'anxiété. Les retrouvailles se passent de façon ambivalente : l'enfant peut venir chercher activement le contact mais, quand il est mis en place, il peut demander à s'en défaire.

. Attachement insécure-désorganisé : l'enfant présente un comportement étrange envers sa figure d'attachement, manquant de stratégie, de cohérence et d'organisation. Il peut à la fois être évitant et ambivalent, sans diriger et organiser sa conduite.

Selon les classifications internationales, le trouble de l'attachement est caractérisé par l'expression d'un mode de relation gravement perturbé, inapproprié au stade de développement de l'enfant et qui se retrouve dans la plupart des situations vécues par l'enfant⁶¹.

L'origine se trouve souvent dans des soins carencés ou maltraitants. Il peut s'agir d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant ou de ses besoins physiques ou encore d'un changement répété du caregiver ce qui empêche l'établissement d'un lien d'attachement stable

Les négligences précoces graves et l'indisponibilité du caregiver sont indispensables pour expliquer un trouble de l'attachement, mais pas suffisants. Son origine n'est pas imputable à des caractéristiques de l'enfant (retard mental...), mais au contexte négatif dans lequel il vit. C'est alors la vulnérabilité de certains enfants qui favorise le développement de ces troubles et il est constaté un manque implicite d'une figure d'attachement préférée et identifiable

⁶¹ Jegou S., 2014, p.47

B. Yves et ses vêtements

a. Ce qu'il donne à voir : un vêtement peau pare-excitateur

Yves s'habille quasi systématiquement de la même manière. Le mercredi, jour où nous nous voyons, il est toujours en jean avec des mocassins, un pull de couleur beige à grosses mailles, une veste marron et une casquette beige. Les formes sont larges, les textures plutôt douces, les couleurs tendent vers le clair. Ce style est à la fois chic et décontracté. Ce style vestimentaire semble compter pour lui. Il revendique sa culture italienne, son style vestimentaire renvoie un peu de celui (stéréotypés) des italiens.

Yves ne change jamais de style vestimentaire, et très rarement de vêtements. Ses vêtements sont propres mais il les remet sans cesse. Cela malgré les différentes activités auxquelles il participe ou a participé au sein de l'HDJ, comme l'équithérapie pour laquelle on sait que des mocassins ne sont pas adaptés.

Lorsque nous sommes en activités, jeux de société, Yves a beaucoup de difficultés à retirer sa veste et son manteau. Cela malgré de nombreuses demandes de la part de l'équipe soignante.

Yves a une peau très abîmée par un eczéma géant depuis qu'il est un jeune adulte. Parfois les irritations s'apaisent un peu mais généralement elles sont très présentes.

Le Moi-Peau comme la théorise Anzieu remplit huit fonctions⁶². Chez Yves nous pouvons supposer que plusieurs de ces fonctions sont atteintes. La construction de son identité sur un mode psychotique a forcément, très tôt, eu des conséquences et entraver certains mécanismes d'étayage du Moi, dit ordinaires.

De plus, le parcours de Yves a été fait de ruptures et discontinuités. Il n'a alors, sûrement, pas pu recevoir les stimulations extérieures de manière à les intégrer et adopter un comportement d'exploration. Son Moi-Peau n'a alors certainement pas trouvé de bases solides et étayantes pour intégrer psychiquement les sensations tactiles et corporelles

Je laisserais ici de côté l'étude des liens que Yves a entretenus avec sa mère durant sa petite enfance (fonction de maintenance et de contenance). Car je n'ai que peu d'éléments et qu'il n'a pas en lien direct avec notre sujet. De même, les notions psychanalytiques sur

⁶² Cf *supra*, p. 49

lesquelles se basent les fonctions de soutien de l'excitation sexuelle et recharge libidinal du Moi-Peau ne concernent pas notre sujet.

La fonction d'individuation semble plutôt stable chez Yves. Au travers du vêtement cela se traduit par sa capacité à se vêtir seul et reconnaître que ces vêtements lui appartiennent.

Les fonctions d'inter-sensorialité et d'inscription des traces seront évoquées plus loin.

- Pour étudier la place du vêtement dans l'organisation psychomotrice de Yves je m'arrête ici particulièrement sur la fonction de pare-excitation du Moi-Peau.

Cette fonction semble défaillante chez Yves. Son vécu insécurisé pendant l'enfance, la difficulté de lier des liens sociaux sans être victimisé, sa schizophrénie, sa relation actuelle avec sa mère sont autant d'éléments allant dans ce sens.

Cette défaillance est cliniquement observable à travers le comportement de Yves durant l'activité Jeu de Société. Lorsqu'il perd ou qu'un autre joueur lui met des bâtons dans les roues Yves peut s'emporter, abandonner ou s'en aller. Aucun filtre psychique ne semble faire barrière aux événements inattendus et frustrants. Pour autant Yves présente une certainement forme d'immuabilité, de stabilité interne. Car il ne se désorganise pas et n'entre pas dans une colère incontrôlable. Souvent il nous suffit de d'en discuter avec lui et lui dire que rien n'en est encore terminé pour qu'il retrouve l'envie de jouer.

L'atteinte massive de sa peau par l'eczéma a certainement donné à Yves une représentation particulière de son enveloppe. En nous référant à la théorie du Moi-Peau, nous pouvons dire que cela a des conséquences sur son organisation psychique.

Yves a-t-il une représentation de porosité, de perméabilité de son enveloppe ? C'est peut être ainsi qu'il vit psychiquement son manque de pare-excitation.

Dans son livre, Anzieu étudie les travaux d'Ester Bick sur la seconde peau musculaire. Il fera comme remarque que tout le monde a besoin d'une seconde peau musculaire, comme pare-excitation actif venant doubler le pare-excitation passif constitué par la couche externe d'une Moi-Peau normalement constitué.

Selon lui, en pathologie, la seconde peau musculaire est une prothèse se substituant au Moi-Peau insuffisamment développé pour remplir sa fonction d'établir des contacts, de filtrer les échanges et d'enregistrer les communications.

Il continuera en énonçant : « Le rôle des sports et des vêtements va souvent dans ce sens. Des patients se protègent de la régression psychanalytique et de la mise à nu des parties

meurtries et/ ou mal reliées entre elles du Soi (...) en conservant leur manteau, voire en s'enveloppant d'une couverture (...).⁶³

Je fais alors l'hypothèse que si le Moi-Peau est trop déficitaire pour remplir sa fonction de pare-excitation et que la seconde peau musculaire est trop atteinte pour prendre le relais ; alors le vêtement est l'entité investie comme pare-excitatrice.

Anzieu dit qu'au début de la vie d'un bébé c'est sa mère qui lui sert de pare-excitation. Concernant Yves cela pas été le cas puisqu'il a été élevé par ses grands-parents maternels, notamment sa grand mère, dès la fin son premier mois de vie.

Selon Anzieu, lorsqu'un enfant est élevé par sa grand-mère maternelle cela maximise l'angoisse de la perte de l'objet remplissant le rôle de pare-excitation auxiliaire. Car « celle-ci c'est occupée de lui avec une telle perfection qualitative et quantitative qu'il n'a pas connu la possibilité ni la nécessité d'en venir à un auto-étayage »⁶⁴.

Anzieu parle de la toxicomanie comme solution pour constituer une barrière entre le Moi et les stimulations extérieures.

Peut être qu'une autre solution serait de recréer physiquement une barrière pare-excitatrice. Le tissu, que l'on choisi de préférence chaud et doux, mais aussi résistant, a des propriétés communes avec la peau. Or, le vêtement est un tissu a qui on a donné une forme identique à celle du corps. Cela permet de l'identifier plus encore à la peau, qui recouvre l'ensemble de notre corps.

Lorsque la fonction psychique de pare-excitation n'a pas pu s'étayer sur la peau, le vêtement pourrait en être un support substitutif.

Alors, comme l'énonce C. Joubert et S. Stern, le vêtement est une « seconde peau »⁶⁵.

L'analyse du vêtement par Monneyron, qui s'appuie sur la théorie du Moi-Peau, va dans ce sens. Pour lui « le vêtement va s'inscrire, non comme s'ajoutant au corps, mais plutôt comme venant suppléer à un élément du corps qui, bien qu'anatomiquement présent, peut se trouver imaginativement et psychiquement manquant : la peau »⁶⁶.

De même, Bach parle du vêtement comme « une forme pare-excitatrice (...) actif et amovible »⁶⁷.

⁶³ Anzieu D., 2006, p.221

⁶⁴ *Ibid*, p.126

⁶⁵ Joubert C. et Stern S., 2005, p.8

⁶⁶ Monneyron F., 2001, p. 20

⁶⁷ Bach E., 2012, p. 53

Comme nous l'avons dit, Yves rencontre des difficultés à retirer ses vêtements. Si il perçoit son enveloppe tactile comme poreuse et que ses vêtements sont investit de la fonction pare-excitatrice, les enlever reviendrait à se mettre a découvert. Yves se vivrait alors comme non protégé des potentielles agressions extérieures.

Un élément pourrait nous permettre d'étayer notre hypothèse selon laquelle le vêtement peut être investi comme l'entité pare-excitatrice. Il s'agit de la relation mère-bébé connu par Yves dans les trente premiers jours de sa vie, avant que sa grand-mère ne s'occupe de lui.

Anzieu définit le bain sensoriel primitif comme l'ensemble des stimulations cénesthésiques, visuelles, auditives, langagières qui participent à la construction et à l'intégration du psychisme de l'enfant, du Moi-Peau. Quand le parent habille son enfant il accompagne cet acte par des paroles et des stimuli tactiles. « Le vêtement porte alors la trace des bons soins et de ce bain sensoriel primitif »⁶⁸.

C. Joubert et S. Stern énoncent que « l'habit recèle dans ses fibres la mémoire des premiers soins maternels »⁶⁹.

Les souvenirs sensoriels contenus dans les vêtements auraient-ils pu entraîné une adhésion d'Yves à eux ? Est-ce cela qui a amené le transfert de la fonction pare-excitatrice du Moi-Peau sur cet objet, déjà présent et investi, plutôt que sur un autre ?

- Je reviens maintenant sur les fonctions d'intersensorialité et d'inscription des traces, fondamentalement liées. Elles apparaissent déficitaire chez Yves. Cela de part son eczéma géant. La sensorialité tactile de Yves en est indubitablement heurtée.

Or c'est par les sens et leur transformation en perception que nous apprenons à connaître notre corps et les parties qui le composent. C'est alors que s'élabore notre schéma corporel.

Le vêtement ne pourrait-il pas être intégré dans le schéma corporel ? Il aurait alors un rôle prédominant dans l'intégration au réel. Yves nous a fait nous questionner à ce sujet.

⁶⁸ *Ibid*, p. 74

⁶⁹ Joubert C. et Stern S., 2005, p.9

Lors d'une séance, où nous discutons avant de commencer, je demande à Yves si ses chaussures sont nouvelles car elles le paraissent. Ce sont des mocassins noirs à lacets. Il me répond qu'elles ne sont pas neuves et qu'il ne les aime pas.

Il me décrit parfaitement le type de chaussure qu'il aime, celles sans lacets, et pourquoi. Pourtant il a acheté les mocassins et continue à les porter.

Son discours fait entendre qu'il ne les aime pas mais ne peut pas y changer grand-chose. Comme une partie du corps que l'on n'aime pas trop, que l'on trouve un peu moche.

De même, il garde systématiquement sa casquette sur la tête. Il dit à ce sujet qu'il n'est « pas coiffé ». La casquette permet-elle de cacher ses cheveux ou de prendre leur place ?

Les chaussures et la casquette auraient-elles été incorporées au schéma corporel de Yves ?

Selon E. Bach, « certains patients psychotiques revisiteront leur schéma corporel à l'aide de leurs vêtements »⁷⁰.

Dans un rapport direct à la réalité, le vêtement permet de connaître et reconnaître le corps physique, c'est-à-dire le schéma corporel, par le biais de la sensorialité tactile. Les habits s'intègrent aux parties du corps qu'ils recouvrent et les font exister dans le vécu corporel.

Le comportement vestimentaire de Yves corréle cette analyse puisque, comme précédemment dit⁷¹, il ne change quasiment pas de tenue au fil des jours. Puisqu'ils sont intégrés à des parties du corps les vêtements ne sont pas diversifiés.

Cette constance dans l'habillement est significative d'un déficit de l'imaginaire ainsi que d'identifications horizontales, c'est-à-dire la reconnaissance de l'autre comme son égal (à la différence des identifications verticales où la reconnaissance est hiérarchique) pour E. Bach. Les vêtements, toujours les mêmes, permettent alors une intégration au réel. Il y a un « manque de d'espace entre soi et l'Autre, les limites corporo-psychiques sont floues, le Moi-Peau absent »⁷².

Cela nous renvoie directement au Moi-Peau déficitaire de Yves énoncé précédemment.

Pour conclure, je constate qu'il y a un double mouvement dans le comportement vestimentaire de Yves :

- le transfert de la fonction pare-excitatrice de sa peau sur les vêtements
- une reconnaissance du corps propre par les vêtements.

⁷⁰ Bach E., 2012, p. 70

⁷¹ Cf. *supra*, p. 54

⁷² Bach E., 2012, p. 58

Dans un cas comme l'autre, il y a collage avec l'objet vêtement.

b. Ce qu'il dit de ses vêtements

Pour Yves le vêtements symbolise une revalorisation, « être bien habillé ca revalorise ». Il complète en disant « mais là non » avec le geste de pincer sa veste.

Lorsque je lui demande comment il choisi ses vêtements le matin, Yves me répond qu'il ne les choisit pas. « Je met toujours les mêmes ». Alors que je lui demande pourquoi, il dit ne pas y penser. Il m'explique qu'il a des vêtements pour l'hiver, où il fait froid, et d'autres pour l'été. Quand je lui demande pourquoi il ne change pas de pulls, par exemple, il dit : « Chez ma mère je ne me valorise pas. Je n'ai pas le goût de m'habiller ».

Comme vêtements préférés Yves énonce une chemise, une veste blaser, un jean et des chaussures. « C'est la tenue que je mettrais pour le travail ». Il énonce son envie d'acheter une « belle gabardine ». Il trouve que cela fait « classe ».

Yves ne fait pas de tri dans ses vêtements. Il parle de vestes en jean Lee Cooper jaunies qu'il ne porte jamais mais ne les jette pas.

Lors de l'achat de ses vêtements la mère de Yves est toujours présente. Mais il préférerait y aller seul. Parfois il demande des conseils aux vendeuses.

Lorsque je lui demande quels sont les critères importants pour lui lors de ces achats, il dit « tout est important ». Alors que je lui demande pourquoi il va plus vers un vêtement qu'un autre dans un magasin, il répond « je prend ce dont j'ai besoin. Comme quand des chaussettes sont périmées, il faut en racheter d'autres ». Sa matière préférée est le coton.

Yves dit ne pas faire attention aux vêtements que porte les autres « sauf s'il est classe et bien habillé ».

TROISIEME PARITE : Discussion

I. Le vêtement et les autres organisateurs psychomoteurs

A. Un vécu corporel et psychique subjectif

Dans la partie précédente j'ai abouti à des analyses psychomotrices des comportements vestimentaires de trois patients. J'ai ensuite retranscrit leurs réponses à un questionnaire au sujet des vêtements, plus particulièrement les leurs. Chronologiquement c'est ainsi que j'ai procédé.

J'ai, alors, parfois trouvé des éléments similaires dans mon analyse et le discours d'un patient. Parfois, au contraire, le discours tenu par le patient ne correspond pas, ou peu, à mon analyse.

Dans les paragraphes suivants, je vais reprendre les éléments importants de mon analyse du comportement vestimentaire des patients pour les comparer à leurs aux dires. Cela dans le but de soutenir l'idée que les vêtements sont des objets pouvant retranscrire, parfois, certains des mécanismes psychiques qui nous animent.

Dans l'analyse du comportement vestimentaire de Janine, j'ai perçu le vêtement comme un objet qu'elle n'investi pas affectivement. Cet objet lui servirait à mettre à distance son image du corps défaillante dans le cadre d'un fonctionnement en faux-self. Tout comme le maquillage, elle appose de vêtements sur son corps pour paraître en société. Dans le discours de Janine je retrouve quelques éléments allant dans le sens de cette analyse.

Premièrement, le caractère confortable du vêtement est indispensable selon elle. Cela fait écho aux verbalisations de Janine lors des séances de relaxation où elle ne parle que de sensations corporelles, jamais d'un vécu psychique. Lorsqu'elle parle de sensations, donc de confort, Janine met à distance les vécus psychiques douloureux qui l'animent. Ces derniers pourraient imprégner les vêtements. D'où, peut être, une mise à distance, une volonté de cacher ces vécus et ainsi une qualification très concrète du vêtement comme 'juste' confortable.

De plus, l'importance de ce caractère confortable semble de surface. En effet, Janine dit ne jamais essayer ses vêtements avant de les acheter. Or, pour s'assurer que nous sommes bien dans un vêtement le plus simple est de l'essayer.

Deuxièmement, Janine n'aime pas être apprêtée. Elle dit ne pas être à l'aise lorsque c'est le cas. Pourtant, quotidiennement, elle se maquille beaucoup, ce qui relève d'un comportement de parure. Janine ne semble pas mettre cette signification sur son maquillage.

Finalement, au travers du discours de Janine, nous concluons que le vêtement semble n'être qu'un objet apposé sur le corps, qui doit être confortable. Le maquillage, lui, n'est pas identifié comme élément de parure puisqu'elle dit ne pas aimer cela.

L'analyse psychomotrice du comportement vestimentaire de Janine ainsi que la manière dont elle parle de ses vêtements se recourent.

L'analyse du comportement vestimentaire d'Alexandra, au regard de ses tenues et de mes lectures, m'a amené à dire qu'avec ses vêtements elle se re-narcissice. C'est au travers de l'investissement positif de ses vêtements qu'elle ré-investi son corps positivement. Dans son cas, les vêtements sont vecteurs d'étayage d'une image du corps défaillante.

Dans son discours à propos de ses vêtements, Alexandra énonce très clairement ce mécanisme d'investissement positif détourné. En effet, depuis quelques mois elle dit faire attention aux vêtements qu'elle porte car cela améliore sa confiance en elle. Elle dit s'habiller plus en fille.

Enfin, dans l'analyse du comportement vestimentaire de Yves les éléments principaux sur lesquels je suis appuyée sont l'immuabilité de ses tenues et sa peau abîmée par l'eczéma. J'ai conclu que ses vêtements sont investis de la fonction pare-excitatrice que sa peau ne peut pas remplir et qu'ils peuvent aider Yves à identifier son corps propre.

Dans son discours, Yves parle des vêtements comme une entité qui valorise. Cependant, les siens ne remplissent pas cette fonction. Puisque, selon lui, il vit encore chez sa mère, ce qui ne lui donne pas envie de se valoriser. Outre la prise en compte du style vestimentaire, toujours le même, je n'ai pas mis en lumière cette fonction du vêtement chez Yves.

Un élément de son discours corrobore cependant l'analyse au préalable faite : il dit mettre toujours les mêmes vêtements. Je n'obtiendrais pas plus à ce sujet, Yves dit simplement ne pas y penser. De plus, il ne tri jamais ses vêtements. Ces deux éléments semblent montrer une certaine adhésivité aux vêtements par Yves.

En résumé, concernant Janine et Alexandra, les analyses des comportements vestimentaires sont plutôt en adéquation avec le discours qu'elles tiennent à ce sujet. Excepté quelques éléments, cette adéquation n'est pas présente pour Yves. Peut être que cela est du à sa psychose, sa relation au réel est perturbée. Il se peut qu'il perçoive le vêtement 'onirique' différemment de l'objet qu'il appose sur son corps. Une autre hypothèse serait que les mécanismes mis en lumière par mon analyse sont protecteurs et archaïques, donc non verbalisables au risque d'une chute des défenses.

Nous constatons, alors, que l'habillement est une expérience qui relève d'un vécu psychique et corporel tout à fait subjectif. Tout vêtement porté fait l'objet d'un choix, bien que le discours de certains des patients tendent à le nier. Janine dit ne pas y accorder d'importance et Yves dit ne pas penser aux vêtements qu'il met.

Le choix d'acheter tel ou tel vêtement, de le porter et d'en changer est soumis à de nombreux éléments. Ces éléments peuvent être tous à fait conscientiser, comme la préférence d'une matière ou d'une couleur. Mais ils peuvent aussi être issu d'une organisation psychique inconsciente. C'est ce que les analyses des comportements vestimentaires des patients de ce mémoire à tenter de montrer. Celles-ci sont pertinentes pour comprendre les mécanismes psychiques qui animent un patient, ainsi que le rapport qu'il entretient avec son corps. C'est pourquoi, selon moi, les vêtements révèlent un peu de notre organisation psychomotrice.

Je m'attarde ici quelques lignes pour éclaircir ce que j'entends par 'organisation psychomotrice'.

Je n'ai trouvé qu'une seule définition claire, sur différents sites internet, elle était toujours la même.

« L'organisation psychomotrice est constituée de quatre paramètres fonctionnant en synergie :

- l'activité neuro-motrice dépendant des lois du développement et de maturation des systèmes musculaires et neurologiques (tonus, équilibres coordinations-dissociations, équipement sensoriel et moteur, latéralité en découlent) ;
- la dimension tonico-émotionnelle, sensori-motrice et affective qui, dès les premiers échanges de la vie relationnelle va influencer la qualité de la posture, la gestualité intentionnelle (praxies) et permettre la construction du schéma corporel ;
- la dimension cognitive qui conduit le sujet à intégrer et à maîtriser les rapports qu'il entretient avec l'espace, le temps et sa corporéité ;
- la dimension de l'identité qui se construit dans l'interaction du sujet avec son environnement familial et social »⁷³.

Dans cette définition nous retrouvons les grands items psychomoteurs. Ils se répartissent en cinq sphères, comme nous l'a présenté M. Benavidès, enseignant : le tonus, l'espace et le temps, le schéma corporel et l'image du corps, les praxies et les fonctions exécutives. A cela il ne faut pas oublier d'ajouter les affects.

⁷³

http://www.fmpmc.upmc.fr/fr/les_ formations/les_etudes_paramedicales/psychomotricite/psychomotde1.html, consulté le 29 mars 2017

En somme, l'organisation psychomotrice est la manière dont un individu utilise et organise les différents items psychomoteurs pour se connaître/ reconnaître, s'adapter à son environnement et interagir. Cette organisation se met rapidement en place, dès les premiers mois de vie, et évolue tout au long de la vie.

Dans le cadre où nous nous intéressons à des personnes, nous ne pourrons jamais entièrement identifier les mécanismes psychiques et corporels en jeux. Car ils sont issus de multiples expériences et d'un parcours de vie personnel. Les vêtements, comme l'attitude corporelle et le discours verbal, ne montrent qu'une partie du fonctionnement psychique et physique d'un individu.

C'est pourquoi le vêtement est un élément psychomoteur.

B. Le vêtement comme objet psychomoteur

Dans la partie précédente, à l'aide de cas cliniques, nous avons vu comment les vêtements peuvent être porteurs des représentations de soi, c'est-à-dire du schéma corporel et de l'image du corps ; ainsi que des fonctions psychique de contenance et de protection, notamment la fonction pare-excitatrice.

Quand est-il du lien entre les autres concepts psychomoteurs et les vêtements ?

Dans les paragraphes suivant il s'agira d'étudier succinctement le vêtement au travers d'autres items psychomoteurs que ceux précédemment vu.

a. Habillage et apprentissage : praxies du vêtement ?

Les vêtements sont des objets de notre quotidien que nous mettons ou enlevons plusieurs fois par jour. Beaucoup de personnes en portent même la nuit.

Au même titre que plusieurs autres objets de notre quotidien, telles la fourchette ou les poignées de porte, nous développons une gestuelle autour de cet objet puisque leur utilisation n'est pas innée.

Les parents enfilent des vêtements à leurs enfants en fonction de leur propre manière de les mettre : certains commenceront par les deux bras pour enfiler un t-shirt, d'autre mettrons d'abord la tête.

Par ce biais, c'est-à-dire le souvenir des mouvements fait par le corps pour enfiler un vêtement, l'enfant apprend à manier les différents types de vêtements en fonction des

différentes parties de son corps (t-shirt, pantalon, manteaux...). Il sait comment les pièces doivent finalement être placées sur son corps.

Alors, à l'âge de 5 ans, l'enfant est capable de réaliser seul la séquence gestuelle nécessaire à l'enfilage d'un t-shirt ou d'un pantalon. Il connaît la technique. Yves Balut parle d'une « technicité vestimentaire »⁷⁴.

L'enfant va alors personnaliser et s'approprier cette technique pour qu'elle devienne une praxie. Il aura appris sa propre manière de s'habiller, tout comme chaque femme se coiffe différemment les cheveux et chaque homme à sa méthode de rasage. Yves Balut parle de « la dégaine comme style propre de la technique de la manipulation vestimentaire »⁷⁵.

Les praxies de l'habillement sont ainsi un apprentissage que chacun réalise.

Pour des raisons neurologiques, certaines personnes ne peuvent pas faire cet apprentissage. Il s'agit alors de dyspraxie de l'habillement. Cette pathologie est un type de dyspraxie gestuelle, c'est-à-dire une perturbation de la programmation motrice d'un geste pour les mouvements (vélo) ou l'utilisation d'objet (crayon). La dyspraxie de l'habillement est une difficulté à manipuler, orienter correctement et enfiler ses vêtements.

L'apprentissage peut avoir été fait mais il est perdu, pour diverses raisons. Il s'agit alors d'apraxie de l'habillement. Les difficultés rencontrées sont les mêmes que pour la dyspraxie de l'habillement.

Dans ma clinique en psychiatrie adulte, je n'ai pas rencontré de troubles dyspraxiques ou apraxiques de l'habillement. Cependant, même si ces troubles ne sont pas présents, les patients peuvent présenter des schèmes gestuels ou une organisation praxique particuliers autour des vêtements. Ils peuvent manipuler leurs vêtements de manière excessive, inutile ou non efficace.

Les praxies vestimentaires des patients peuvent fournir des nombreuses informations sur leurs aptitudes gestuelle et praxique.

⁷⁴ Balut J-Y., 2014, p.30

⁷⁵ *Ibid*, p.33-35

b. Temps et espace : le vêtement et l'adaptation

Au cours d'une journée ordinaire, pour la plupart des individus, notre corps évolue dans des espaces différents. En parallèle, différents temps de la journée se succèdent.

De l'appartement jusqu'au travail nous rencontrons la rue et les transports en commun ou un véhicule puis nous faisons le chemin inverse avec, parfois, des détours vers un lieu de rendez-vous. A chaque espace correspond un temps de la journée (matin, midi, soir).

Peu importe l'espace et le temps dans lesquels nous nous situons, nous sommes habillés. Au delà d'être une règle morale reconnue, selon le code pénal, toute personne se promenant nue dans la rue risque de la prison et une amende importante pour exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards.

Que nous les choissions avec intérêt ou non, nos vêtements marquent les changements spatio-temporels que nous vivons. En effet, la nuit nous ne portons pas les mêmes vêtements que le jour. Pour certains, la soirée est un entre-deux incontournable : une fois rentré chez eux ils enfilent une tenue d'intérieur, ni tenue de ville ni pyjama. D'autre part, lorsque nous rentrons, nous enlevons notre manteau et notre écharpe, ou simplement notre veste. Nous effectuons le mouvement inverse lorsque nous ressortons.

Même lorsque nous sommes à l'extérieur nous pouvons changer de vêtements : lorsqu'il fait plus chaud que nous l'avions prévu, nous enlevons un pull. Au contraire, lorsque nous avons un peu trop froid nous enfilons un bonnet.

Tous les changements spatio-temporels que nous vivons quotidiennement sont ainsi accompagnés par nos vêtements. Même chez l'enfant cette présence du vêtement est importante. Selon Emilie Bach « la continuité du vêtement est importante car cela va permettre à l'enfant, dont le Moi est naissant, de ressentir, par stimulations cénesthésique, les limites de son corps physique »⁷⁶.

Ainsi, « s'habiller doit être compris comme un procès temporel en continuelle mutation »⁷⁷.

Dans la clinique psychiatrique cette triade espace-temps-vêtement est souvent difficile à intégrer pour les patients. Yves en est un exemple : il ne change jamais de vêtements d'une journée sur l'autre et il ne connaît qu'une tenue par saison.

⁷⁶ Bach E., 2012, p. 72

⁷⁷ Monneyron F., 2001, p. 196

Un autre patient, pris en charge dans le même groupe que Yves, n'enlève son manteau que sur incitation des soignantes. Il dit souvent avoir moins chaud après cela, il est donc mieux. Cependant, il est dans l'incapacité d'effectuer ce geste de sa propre initiative.

L'adaptation des vêtements aux lieux et aux temps (climatique et quotidien) en dit beaucoup sur la capacité adaptative globale. De même, cela donne des indices sur le niveau d'intégration au réel : percevoir qu'il fait beau et ne pas mettre le manteau mit depuis des mois, durant l'hiver, est une preuve d'une bonne intégration au réel.

Plus particulièrement, dans le cadre des séances en psychomotricité, une fois qu'un patient est familiarisé avec le cadre, nous pouvons observer son comportement vestimentaire : a-t-il changé en fonction des médiations ? Mettre un jogging au lieu d'un jean pour de la relaxation par exemple. A-t-il des difficultés pour retirer ses chaussures au début de la séance ?

c. Tonus et émotions : dialogue avec le vêtements

Précédemment, dans le cadre de l'analyse du comportement vestimentaire de Yves, j'ai fait l'hypothèse que le vêtement pouvait suppléer la seconde peau musculaire dans son rôle de protection, lorsque celle-ci était défaillante⁷⁸. Le vêtement prendrait le relais du tonus.

Je sors ici de l'étude des mécanismes psychiques inconscients en jeu dans le portage de vêtements pour étudier, plus généralement, le rapport du tonus et des vêtements.

Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Le tonus maintient les stations, postures et attitudes, il est alors la toile de fond des activités motrices et posturales. Il existe plusieurs types de tonus :

Le tonus de fond, aussi nommé tonus basal, passif, permanent, ne disparaît pas même pendant le sommeil. Il est le lieu d'inscription de l'affectivité et des émotions, il détermine ainsi l'expressivité des mouvements.

Le tonus postural permet une activité tonique minimale pour maintenir la posture. Il est, la plupart du temps, automatique ; mais on peut agir dessus volontairement (se redresser).

Le tonus d'action constitue l'ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et à soutenir le mouvement. Il peut être parfaitement conscient (se lever du lit) ou automatisé (fuir)⁷⁹.

⁷⁸ Cf *supra*, p. 56

⁷⁹ Cours de Psychomotricité, 1^{ère} année, Mme Pavot-Lemoine, non publié à ce jour

Le vêtement n'a que peu de rapport direct avec l'élément physiologique, mécanique et fonctionnel qu'est le tonus.

Cependant, la comparaison entre les vêtements portés et le niveau tonique d'un patient peut donner quelques indications. Dans le cadre du bilan psychomoteur de Janine, j'ai effectué un examen du tonus⁸⁰. Lors des mobilisations des membres supérieurs, j'ai constaté un tonus élevé. Un contraste m'a interrogé : je sentais la douceur et la légèreté du tissu de son pull sous mes mains et, à l'intérieur, un membre presque rigide.

Je m'interroge, alors, sur la place qu'occupe la tonicité ressentie corporellement et le choix des vêtements que nous portons.

Le tonus est plus perceptible lorsqu'il est élevé. Nous sentons des tensions ou nous avons la sensation d'être 'tenu' par le système musculaire. Les sportifs de haut niveau, par exemple, ne s'habillent qu'avec des matières et des formes très près du corps pendant leurs pratiques. Le tissu s'accroche à la peau, pour ne pas être un frein aux mouvements, la performance en est certainement meilleure. Puis, parfois, dans les temps de pause, on les voit enfiler de larges sweats et joggings. La largeur du vêtement et sa matière douillette permettent-elles aux athlètes d'avoir des sensations d'enveloppe, de contenance, plus douce que la dureté des contractions musculaires ? Cela leur permet-il de redescendre un peu leur niveau tonique pour reprendre des forces ?

Lorsqu'au contraire le tonus est bas, voire très bas (hypotonie) dans le cadre de pathologies neurologiques par exemple, des vêtements peuvent assurer le rôle de maintien normalement rempli par le système musculaire. Ils se nomment alors vêtements de compression.

Les vêtements pourraient alors contrebalancer les niveaux toniques du corps.

Un patient peut porter une tenue plutôt serrée pour se maintenir, quand un autre préfère une tenue composée de vêtements larges pour s'envelopper.

Je l'ai précisé dans la définition du tonus, ce dernier est très en lien avec les émotions. Or les vêtements le sont aussi.

L'état émotionnel dans lequel nous nous trouvons a une part importante dans les choix que nous faisons pour une tenue vestimentaire.

Lorsque nous sommes heureux nous avons envie de porter des vêtements qui nous vont bien, dans lesquels nous sommes bien. Lorsqu'au contraire nous sommes tristes les vêtements que nous portons passent généralement au second plan et nous enfilons ce qui vient. Pour séduire nous portons les vêtements qui nous donnent confiance en nous et nous

⁸⁰ Cf *supra*, p. 19

montrent sous notre meilleur jour. Quand nous allons à un entretien d'embauche, stressés, nous adaptons notre tenue pour paraître sérieux.

Catherine Joubert et Sarah Stern disent que « sur nous, le vêtement se colore, à nos yeux de nos humeurs, tristesse, fatigue ou joie »⁸¹.

Dans leurs ouvrage *Déshabillez-moi*, elles présentent le cas d'une patiente portant un « petit pantalon noir étriqué et une veste marron, avec des idées et des humeurs de la même couleur ». Elles analysent ce lien : « son sentiment dépressif est projeté sur ses vêtements, perçus comme ternes et étriqués. Ceux-ci constituent une seconde peau sur laquelle s'impriment les émotions, les ressentis »⁸².

d. Fonctions exécutives

Généralement, une fois la préadolescence arrivée, parfois avant, nous choisissons les vêtements que nous portons. Puis, selon le milieu familial et culturel, entre l'adolescence et le début de la vie d'adulte, nous commençons à acheter nos vêtements.

Alors, nous entrons dans une dynamique de choix. Dans un magasin, nous allons vers la couleur, la forme ou l'originalité d'une pièce. Souvent, nous l'essayons et l'achetons. Parfois son prix nous empêche de l'acheter, nous nous raisonnons ; mais parfois nous cédon malgré un prix élevé. Chaque jour nous avons aussi à faire des choix à propos de nos vêtements. Nous choisissons ce que nous allons porter toute la journée durant.

Tous ces choix que nous faisons, de l'achat jusqu'à l'assemblage de tenues quotidiennes, sont conditionnés par notre histoire et nos expériences personnelles. Par exemple, les adolescentes vivent leurs premières expériences d'appartenance à un groupe au collège et le signifient par un style vestimentaire reconnaissable.

Nos choix sont aussi, et surtout, dictés par le climat. En occident, lorsqu'il fait chaud nous mettons des vêtements légers et lorsqu'il fait froid nous accumulons les couches de vêtements.

Porter un vêtement c'est choisir. Or, comme dit, nous choisissons de part notre histoire et les connaissances que nous acquérons tout au long de la vie. Cela s'appelle la cognition.

⁸¹ Joubert C. et Stern S., 2005, p.79

⁸² *Ibid*, p.79

La cognition est la faculté de connaître et, par extension, la connaissance elle-même. Elle englobe l'ensemble des processus mentaux qui ont trait à la fonction de connaissance et qui permettent l'acquisition du savoir. Les processus de cognition doivent être différenciés des processus affectifs, leurs opposés.

L'ensemble des aptitudes cognitives est utilisé de manière volontaire et dans un but donné grâce aux fonctions exécutives. Parmi les fonctions exécutives nous pourrions citer la planification, la flexibilité, l'inhibition, l'initiative, et la division de l'attention⁸³.

L'ensemble de ces fonctions peut être utiles dans les choix pour nous vêtir, ou adapter nos vêtements. Mais certains mécanismes cognitifs sont bien spécifiques au vêtement. Par exemple, la vestigonomie est la «prétention que nous avons spontanément, quasi irrésistiblement, de connaître l'autre non plus seulement sur sa mine mais bien sur sa mise»⁸⁴.

Il y a un choix que l'homme a fait très tôt dans son histoire : vivre habillé. Nous l'avons dit, aujourd'hui cela relève du domaine juridique que de ne pas répondre à cette obligation⁸⁵. Au delà de cet aspect juridique, il est presque certain que même en l'absence de loi nous continuerions à vivre couverts de vêtements. L'objet de ce mémoire n'est pas d'étudier pourquoi mais cela reste une question très intéressante... Quelque soit la réponse, le fait est que le vêtement accompagne l'être humain depuis très longtemps. Il a évolué avec lui, avec l'évolution de ses connaissances sur le monde et sur lui même. Il l'a différencié de l'animal.

Ce sont ici, selon moi, d'autres arguments pour dire que le vêtement est un objet psychomoteur à part entière.

« Etre social n'assumant pas son anatomie et sa nudité, l'individu couvre son corps [...]. Il ne conçoit son corps qu'habillé. Nu, le corps est considéré [...] comme animal »⁸⁶.

« Considéré comme bestial, le corps nu, absolument nu, rejoint l'ordre de la nature et confond l'homme avec la bête »⁸⁷.

Dans la clinique avec des adultes en psychiatrie, comme nous l'avons vu avec Janine, Alexandra et Yves, les vêtements sont aussi objets de choix. Ces choix peuvent être issus de mécanismes inconscients, de processus psychiques bizarres ou incongrus. Ils peuvent aussi être conscientisés et très clairs. Mes analyses n'ont pas toujours été en accord avec les discours des patients à ce même propos, d'où l'importance de garder en tête qu'il s'agit de choix, et ce,

⁸³ Cours de Neuropsychologie, 3^{ème} année, Mr Aoun Sebaiti, non publié à ce jour

⁸⁴ Balut J-Y., 2014, p.56

⁸⁵ Cf *supra*, p 65

⁸⁶ Kallel Sethom S., 2005, p. 84

⁸⁷ Borel F., 1992, p.17

malgré la présence d'une psychopathologie invalidante sur de nombreux plans de la vie quotidienne.

Conclusion

Dans ce premier chapitre de la troisième partie, nous avons d'abord mis en perspective mes analyses des comportements vestimentaires au regard des discours tenus par les patients observés. J'en conclus que, adéquate ou différente, toute analyse était pertinente car les vêtements fournissent des informations à propos de l'organisation psychomotrice d'un patient. Puis, j'ai cherché à étudier le vêtement au regard des autres items psychomoteurs que ceux abordés dans les analyses. De mon avis, le vêtement peut être lié à chacun de ces items. C'est pourquoi il est un objet psychomoteur.

Ainsi, si le vêtement est un objet psychomoteur qui fournit des informations sur l'organisation psychomotrice, ne pourrait-on pas lui faire une place dans les bilans psychomoteurs ?

II. Le comportement vestimentaire : un nouvel élément de bilan psychomoteur ?

A. Présentation du bilan psychomoteur et place du vêtement dans celui-ci

Lorsqu'un psychomotricien reçoit une indication de prise en charge via une prescription médicale, son premier acte est d'effectuer un bilan psychomoteur.

Selon Potel l'examen psychomoteur est « un bilan clinique qui donne une image du fonctionnement psychodynamique du patient »⁸⁸. Il repose sur « l'exploration de divers éléments relatifs à la psychomotricité du sujet, notamment la latéralité, les coordinations-dissociations, les orientations et structurations temporelles et spatiales, les motricités : globale et fine, le schéma corporel, le tonus »⁸⁹. Le but est ainsi de percevoir quelles sont les difficultés et les capacités psychomotrices du patient.

Le bilan psychomoteur se déroule en plusieurs temps : un entretien verbal avec le patient, puis une passation d'épreuves, standardisées ou non, et enfin la restitution au patient. Je reviendrai un peu plus loin sur ces temps.

Généralement, deux à trois séances sont nécessaires pour finaliser le bilan. D'une part parce que la réalisation des épreuves mobilise beaucoup les patients, la fatigabilité est une donnée importante à prendre en compte. D'autre part, il est pertinent de voir le patient plusieurs fois pour passer au delà de possibles perturbations ponctuelles de son état. En effet, être préoccupé par quelque chose, avoir quelque chose à faire ou quelqu'un à voir peut rendre le patient indisponible à la réalisation des épreuves.

Une fois le bilan finalisé, le psychomotricien en rédige un compte-rendu. Dans sa conclusion il fournit un « diagnostic psychomoteur »⁹⁰ puis, si ce dernier le nécessite, il énonce un projet thérapeutique.

Revenons au temps qui constituent le bilan psychomoteur.

Le premier, l'entretien, permet d'obtenir des informations supplémentaires que celles fournies dans l'indication médicale. Chaque psychomotricien dirige cet entretien comme il le désire. Certains vont s'attarder sur l'anamnèse, d'autres sur les relations précoces aux parents, d'autres sur les difficultés rencontrées par le patient au quotidien, d'autres encore se focaliseront sur le vécu corporel. Le but est d'obtenir du patient des informations sur lui-

⁸⁸ Potel C., 2010, p. 308

⁸⁹ Delacôte A., 2014, p. 29

⁹⁰ Albaret J-M., 2011, p. 274

même, la manière dont il les formulera sera aussi un élément pris en compte par le psychomotricien (vocabulaire utilisés, prosodie, attitude corporelle et gestuelle, etc).

Le deuxième temps, celui de la passation de tests, est encore plus sujet à l'élaboration personnelle du psychomotricien. Des tests standardisés et côtés fournissent des informations, les plus objectives possibles, sur les aptitudes psychomotrices du patient. Mais il n'existe pas de tests pour l'ensemble des populations de patients rencontrés en psychomotricité. Les rares tests existants pour toutes les populations ne permettent pas d'avoir une représentation globale de l'organisation psychomotrice d'un patient. De plus, nombreux sont les tests qui nécessitent d'acheter l'ensemble du matériel avec lequel ils ont été élaborés. Or, peu d'institutions ont les moyens de financer ces malles.

C'est pourquoi, beaucoup de psychomotriciens font le choix d'un bilan psychomoteur non côté. Ils le construisent en corrélation avec la population et les pathologies rencontrées. Le bilan effectué et les conclusions qui en découlent sont alors plus subjectifs que lors de tests standardisés.

Chaque psychomotricien ou futur psychomotricien a son positionnement quant au bilan psychomoteur. Quoi qu'il en soit, pour ma part, je n'ai eu comme maître de stage que des psychomotriciennes dont les bilans étaient non côtés (ou très peu). Leur expérience professionnelle et leur professionnalisme leur permettent de percevoir les difficultés des patients, sans pour autant avoir à les quantifier par des nombres.

Le troisième temps, la restitution est une étape importante. Elle se fait directement au patient et à ses parents lorsqu'il est enfant. Au delà d'énoncer les difficultés psychomotrice rencontrée par le patient, cette étape permet surtout de discuter avec le patient de ce que la psychomotricité pourrait lui apporter au regard de ses difficultés. Le cadre, c'est-à-dire la fréquence des séances, leur durée et les médiations utilisées, sont expliquées.

Le bilan psychomoteur est ainsi un élément indispensable à tout début de prise en charge en psychomotricité, mais son contenu reste à l'appréciation du thérapeute qui l'effectue.

C'est cette souplesse qui me permet d'énoncer l'idée selon laquelle l'étude des vêtements des patients a sa place dans un bilan psychomoteur. Car, je l'ai montré au fur et à mesure de mon écrit, le vêtement est élément psychomoteur. Il donne ainsi des informations pertinentes sur le patient.

De plus, un autre élément est en faveur de l'intégration du vêtement dans le bilan psychomoteur : il est visible.

Le fait de m'appuyer sur élément visible et concret, lors de mes analyses des comportements vestimentaires des patients, m'a rassuré dans la justesse et l'authenticité de mes observations. Je prenais comme socle de réflexion un élément visible par tous. Ainsi, dans les discussions avec la psychomotricienne ou les infirmières, bien que les interprétations au sujet des comportements vestimentaires puissent varier, nous partions d'un postulat commun solide. Il n'était pas discutable que les vêtements des patients étaient sales, ou qu'ils les portaient tous les jours, ou qu'ils étaient colorés.

Or, les autres items psychomoteurs sont plus sujets à débat. Chaque professionnel appréhendera le tonus d'un patient différemment, car sa propre tonicité aura une place dans son analyse de celle du patient. Un praticien plutôt énergique pourrait trouver un patient moins en tensions qu'un praticien plutôt zen. De même, lorsqu'en équipe il s'agit de parler des coordinations motrices globales d'un patient, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes, par exemple, n'ont pas forcément les mêmes éléments d'observation en tête.

Alors, l'étude du vêtement comme donnant des informations sur l'organisation psychomotrice d'un patient se rapproche plus de la passation d'épreuves cotées que d'épreuves qualitatives non standardisées. Cette étude laisse moins de place à la subjectivité que certaines épreuves inhérentes au bilan psychomoteur.

Attention cependant, l'analyse suivant l'observation simple de l'élément visible qu'est le vêtement peut être, comme pour tous autres items psychomoteurs, subjectivée.

Comment et sous quelle forme cette évaluation vestimentaire pourrait-elle se faire ?

B. Moyens d'étude du comportement vestimentaire

Dans cette partie il s'agit d'éclairer le lecteur sur les moyens d'étudier le comportement vestimentaire d'un patient et leur mise en œuvre.

Les vêtements et la manière dont ils sont portés doivent être analysés, c'est-à-dire faire l'objet d'un examen approfondi dans le but de comprendre le patient. Ils ne sont pas évalués, c'est-à-dire en déterminer la valeur ou l'importance.

a. Qui ?

Les éléments présentés ci-après, pour une analyse des comportements vestimentaires, s'applique aux adultes, aux adolescents et aux personnes âgées. En somme, toute personne qui choisit les vêtements qu'elle porte peut faire l'objet d'une observation et d'un questionnaire comme présenté ci-dessous.

Il serait intéressant de réfléchir aux mécanismes mis en jeu chez les parents qui achètent des vêtements pour leurs enfants, puis leur font porter. De même, les enfants qui ne sont pas encore en âge de choisir leurs vêtements ont certainement un vécu psychique et corporel particulier par rapport à ces objets. Mais ces pistes ne sont pas étudiées ici.

b. Comment ?

• L'observation

Elle nécessite de regarder attentivement les vêtements du patient, sans jugement ni interprétation. Elle peut se structurer autour des éléments suivants :

- Couleur : une ou plusieurs ? Clair, sombre, voyant, pâle...
- Matière : une ou plusieurs ? Légère, lourde, douce, hérissée...
- Le nombre de pièces ? Très peu, beaucoup, présence de petits accessoires...
- L'assemblage des pièces ? Désordonné, original, classique ...
- La forme du vêtement par rapport à la morphologie ? Existe-il des zones de serrage ?
- Les manipulations autour des vêtements : touché, réajusté, regardé...
- La présence d'une attitude par rapport aux vêtements du thérapeute ?

Cette observation peut suffire à comprendre certains mécanismes du comportement vestimentaire d'un patient. Mais il me paraît tout de même insuffisant de s'arrêter là. Ma propre expérience me la montrer : il m'a semblé indispensable de demander aux patients leurs avis sur leurs vêtements. Après tout, ce sont eux qui les choisissent.

Au delà de cela, de nombreux items psychomoteurs, lorsqu'ils sont évalués, font aussi l'objet de questionnement direct au patient. Par exemple, il est pertinent de demander à un patient si il a des tensions après ou avant un examen du tonus ; ou encore d'interroger un enfant sur sa possible maladresse après un EMG (examens des praxies).

D'autre part, nous l'avons vu précédemment, l'observation du comportement vestimentaire et le discours que les patients tiennent à ce propos apportent tout les deux des informations. Elles peuvent être complémentaires, se contredire ou être en adéquation. Quoiqu'il en soit, nous obtenons des informations à la fois dans l'observation et le questionnement direct, mais aussi dans la comparaison des deux.

- Le questionnement

Pour interroger le patient sur son comportement vestimentaire de nombreuses questions sont pertinentes. En annexe se trouve le questionnaire que nous avons élaboré pour interroger les patients choisis comme cas clinique pour ce mémoire.

Bien qu'il ne fasse qu'une page, ce questionnaire me semble déjà trop long pour être inséré comme tel dans un bilan psychomoteur. De plus, parmi les questions que j'ai posé à mes patients, seules quelques unes m'ont apportées des éléments significatifs.

Les questions posées aux patients peuvent être fermées ou ouvertes. Puisqu'elles seront posées en entretien, le thérapeute pourra aider les patients à développer leurs réponses en étayant les questions.

Selon moi, les questions les plus pertinentes sont :

- Que symbolisent les vêtements pour vous ?
 - Avez-vous des souvenirs, des émotions particuliers rattachés à des vêtements ?
 - Quand vous vous habillez le matin, ou que vous préparez vos affaires la veille, comment choisissez-vous vos vêtements ?
- Ou bien : Quels sont les critères importants pour vous lors de l'achat de vêtements ?
- Faites-vous du tri dans vos vêtements ? Si oui, à quelle fréquence ?

c. Quand ?

Il y a deux aspects temporels à prendre en compte.

Premièrement, la chronologie : observer puis questionner. Je pense qu'il est plus pertinent de questionner le patient sur ses vêtements après les avoir observé. L'accent ayant été mis sur cela, le patient va y porter son attention, il se pourrait alors qu'il change de comportement vestimentaire pour les séances de psychomotricité. D'autre part, il se pourrait aussi que l'analyse soit teintée des dires des patients, le thérapeute cherchant à faire du comportement vestimentaire du patient une illustration de son discours à ce sujet.

Cela pourrait aussi ne pas se passer. Dans le cadre de ce mémoire j'ai instinctivement voulu d'abord observer puis questionner les patients. Procédé d'une manière différente apporterait peut être d'autres informations à propos du comportement vestimentaire du patient.

Deuxièmement, le temps durant lequel se font les observations et le questionnement : l'ensemble des éléments doit être observé sur deux rencontres minimum, trois étant le nombre optimal. En une rencontre il n'est pas possible de savoir si le patient change de vêtements ou

si son style est toujours le même, alors que cela a une part importante dans l'analyse que nous pouvons faire de son comportement vestimentaire.

Pour ce qui concerne le questionnement du patient, comme dit ci-dessus, il est plus intéressant de le faire dans un second temps. Il faut donc prévoir un petit temps au début d'une séance pour poser les questions inhérentes aux vêtements. Cela peut s'ajouter à d'autres épreuves non réalisées par manque de temps ou d'alliance thérapeutique. Ceci dit, si le bilan se réalise en trois séances, les questions peuvent être posées lors de la dernière partie du bilan.

d. Pourquoi ?

L'idée principale de ce mémoire est de considérer le vêtement comme un élément psychomoteur, donc une entité porteuse d'un peu de l'organisation psychomotrice d'un patient. C'est pourquoi il est pertinent de l'étudier : il fournit des informations sur le patient.

Ainsi, insérer une analyse du vêtement au bilan psychomoteur permet une prise en compte de la totalité de ce qu'est le patient. Nous sommes chacun un corps recouvert d'habits en quasi-permanence, ces derniers disent quelque chose de nous. Pour les thérapeutes ce quelque chose peut aider à un meilleur accompagnement thérapeutique.

Au delà de la possibilité d'obtenir des informations grâce aux vêtements que portent les patients, l'analyse de ces derniers peut permettre de mieux comprendre le fonctionnement psychique et corporel du patient.

L'utilisation de l'objet vêtement par les patients nous permet de percevoir les grands 'traits' ou caractéristiques de leur fonctionnement psycho-corporel dans une mise en acte. C'est parce qu'ils choisissent, manipulent, lavent ou décoorent leurs vêtements que les patients sont, forcément, dans l'agir avec cet objet. De plus, comme tout à chacun, les patients vivent avec leurs vêtements une proximité et une intimité qui rendent authentique leur manière d'agir avec eux.

Alors, les fonctionnements psychiques et corporels transparaissent au travers des vêtements, c'est pourquoi il est intéressant de porter attention à ces derniers dans un bilan psychomoteur.

L'étude des vêtements portés par un patient appartiendrait à l'ensemble qu'est le bilan psychomoteur. Comme pour tous les autres items psychomoteurs, il s'agira alors de mettre en relief les possibles informations fournies par cette étude avec le reste des éléments perçus au cours du bilan. La seule étude du vêtement ne suffirait pas à obtenir les informations nécessaires à l'élaboration d'un profil psychomoteur.

Le vêtement peut mettre en lumière des difficultés perçues à travers d'autres épreuves, par exemple un trouble de l'image du corps. Réciproquement, une manipulation particulière du vêtement peut étayer la présence de difficultés praxiques.

CONCLUSION

Le psychomotricien dispose de nombreux outils théoriques et cliniques pour évaluer, comprendre et prendre en charge ses patients. Généralement, les vêtements des patients ne font pas l'objet d'une analyse particulière mais peuvent, au mieux, de part leur extravagance, être un élément par lequel le patient est identifié.

Pourtant, nous l'avons vu, lorsque nous nous attardons un peu sur les vêtements et les comportements développés par le patient autour de ces objets, nous obtenons des informations supplémentaires sur son organisation psychomotrice. Plus spécifiquement, pour les cas présentés ici, la manière dont s'organisent l'image du corps et l'enveloppe psychique et physique des patients sont rendus visible à travers les vêtements.

Le comportement vestimentaire est une mise en acte de certaines difficultés rencontrées par le patient. Il est l'interface entre son vécu psychique et corporel et son intégration au réel. Il représente la manière dont chaque patient s'adapte au monde avec ses difficultés.

Ces dernières peuvent concerner les différents items psychomoteurs : espace, temps, schéma corporel, image du corps, praxies, tonus, émotions, fonctions exécutives. Or, pour chacun de ces items les vêtements sont en première ligne puisque notre corps en est sans cesse recouvert.

Alors, le comportement vestimentaire est fondamentalement psychomoteur. C'est pourquoi il est pertinent d'y attarder son regard et de chercher à le comprendre.

Nous avons vu qu'il est possible d'insérer au bilan psychomoteur une observation structurée et des questions pertinentes en rapport avec les vêtements du patient. Comme pour tout autre évaluation d'items psychomoteurs, les informations issues de cette évaluation doivent être insérée dans l'ensemble du bilan. Il n'en reste pas moins qu'elles sont précieuses au même titre que les autres.

Bien que ce ne fût pas le cas pour moi, pour certains patients, sûrement, le comportement vestimentaire n'apportera pas d'éléments significatifs. Les vêtements pourraient alors être des objets connus et reconnus comme tel, simplement enfilés pour des besoins physiologiques et sociaux. Cependant, même ce type de comportement vestimentaire ne donnerait-il pas des informations sur l'organisation psychomotrice du patient ? ...

J'ai choisi des cas cliniques en psychiatrie adulte pour ma réflexion autour des comportements vestimentaires. Mes observations auraient, peut être, été tout à fait différentes si la population avait été autre.

Les enfants qui ne choisissent pas leurs vêtements ont très certainement un rapport différent à cet objet que les adultes. Les personnes âgées qui, généralement, ont connu des modes vestimentaires très différentes de celles dans laquelle ils évoluent ont sûrement un regard particulier sur leurs vêtements, un regard où l'affectivité et le souvenir ont peut être plus de place. Les personnes lourdement polyhandicapées perçoivent peut être le vêtement dans une continuité avec les attelles qui les maintiennent. Les personnes mal ou non voyantes s'habillent de vêtements dont ils ne connaissent pas la couleur, dont ils ne voient pas la forme. L'étude du comportement vestimentaire me paraît alors pertinente pour tous types de population rencontrée en psychomotricité.

Tout au long de ce mémoire nous étions placés du côté de ceux qui regarde. Mais qu'en serait-il si nous nous regardions nous, psychomotriciens, dans nos comportements vestimentaires ?

Suite à un stage d'observation en secteur intra-hospitalier de psychiatrie adulte, je me suis questionnée sur le non-port de la blouse par la psychomotricienne. Elle est la seule soignante du service à ne pas en porter. Plus globalement, dans les services hospitaliers français, cette attitude des psychomotriciens est souvent retrouvée, plus que chez toutes les autres professions auxiliaires de médecine. Le principal argument allant dans ce sens est l'instauration d'un rapport plus équitable entre soigné-soignants, la blouse matérialisant la différence de statut. Porter une blouse blanche nuirait-elle à l'alliance thérapeutique ?

Concernant les psychomotriciens pour lesquels la question de la blouse ne se pose pas, qui sont majoritaires, adaptent-ils leurs comportements vestimentaires à leur profession ? Ont-ils conscience que les vêtements qu'ils portent donnent des informations sur ceux aux patients, au même titre que leur discours et leur ajustement dans le dialogue tonico-émotionnel ?

Le vêtement est un élément psychomoteur, nous en sommes maintenant certains. Alors pourrait-il faire l'objet d'une prise en charge spécifique ? Attention, il ne s'agit pas de rééduquer à un patient comment s'habiller, bien que si cela concerna la décence cela peut s'envisager.

Il s'agit d'utiliser cet élément psychomoteur comme une médiation. C'est ce que propose Virginie Berger dans son mémoire « *Le médium vestimentaire* » dans le cadre de son DU de psychiatrie, psychothérapie médiatisée et art-thérapie. Elle présente différents types d'ateliers autour des vêtements, notamment le tricotage. C'est un acte de construction d'un élément

solide et protecteur. A mon sens, en psychomotricité, au même titre que les jeux de construction avec les enfants, le tricotage pourrait être une manière d'étayer un axe corporel et une image du corps défaillants chez l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret J-M.** (2011), chapitre 8 Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence in Manuel d'enseignement de psychomotricité, Albaret J-M., Giromini F., Scialom P. (dir.), Louvain-la Neuve, De boeck Solal, 2014, pp.253-286
- American psychiatric association** (2003). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.), Issy-les-Moulineaux, Masson, 2004
- André P., Benavides T., Giromini F.** (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France
- Anzieu D.** (1995). *Le Moi-peau* Paris, Dunod, 2006
- Azais F., Brunet M., Cordier B.** (2010). *Psychopathologie de l'adulte.* Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Bach, E.** (2012), *Le vêtement: au fil du fantasme : réflexion psychodynamique*, Lille, Université du droit et de la santé
- Balut J-Y.** (2014), *Théorie du vêtement.* Paris, L'Harmattan
- Borel F.** (1992), *Le vêtement incarné: les métamorphoses du corps.* Paris, Calmann-Lévy
- Bronnimann C.** (2015), *La robe de Psyché: essai de lien entre psychanalyse et vêtement*, Paris, L'Harmattan
- Coccia E.** (2013), *La vie sensible.* (M. Rueff, Trad.). Paris, Payot & Rivages
- Delacôte A.** (2014), *Psychomotricien : une posture impliquée ?*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Bordeaux
- Desjardins-Begon D.** (2013). *Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives: revue de la littérature et étude de cas cliniques*, thèse de médecine en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Nice
- Gauchet A.** (2016), *Donner du corps au corps*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris

- Gaudu A.** (2014), *L'apparence délirante*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris
- Goodman, A.** (1990), Addiction: definition and implications, *British Journal of Addiction*, n°85, p.1403-1408
- Jegou S.** (2014), *Les liens d'attachement*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Bordeaux
- Joubert C. et Stern S.** (2005), *Déshabilitez-moi: psychanalyse des comportements vestimentaires*, Paris, Fayard
- Kallel Sethom S.** (2005), *Corps revêtu - corps contraint*, Paris, Connaissances et savoirs
- Louis P.** (2014), *Je sens... Je ressens... Je perçois... : la prise de conscience du corps en psychiatrie adulte*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris
- Monneyron F.** (2001). *Vêtement*. Paris; Budapest; Torino, L'Harmattan
- Organisation mondiale de la santé**, série de rapport technique numéro 48 (1952), *Comité d'experts de la santé mentale sous comité de l'alcoolisme deuxième rapport*, Genève
- Pireyre E.** (2015). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept*. Paris, Dunod
- Potel C.** (2010), *Etre psychomotricien*, Paris, Eres
- Riom M.** (2016), *Regardez-moi, j'existe !*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris
- Tireau A.-G.** (2016), *Les différentes expressions de la dépendance*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris
- Vert E.** (2015), *Du corps à l'image et de l'image au corps*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Bordeaux
- Vogel F.** (2015). *La fonction contenante: un double ancrage corporel et relationnel*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, Bordeaux

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire sur les vêtements

| |
|---------------------------------|
| Questionnaire sur les vêtements |
|---------------------------------|

- **Qu'est ce que le vêtement symbolise pour vous ?**

- **Quand vous vous habillez le matin, comment choisissez vous vos vêtements ?**

- **Avez-vous des vêtements préférés ? Si oui, pouvez-vous en décrire un et dire pourquoi**

- **Faites vous du tri dans vos vêtements ? Si oui parfois, souvent ?**

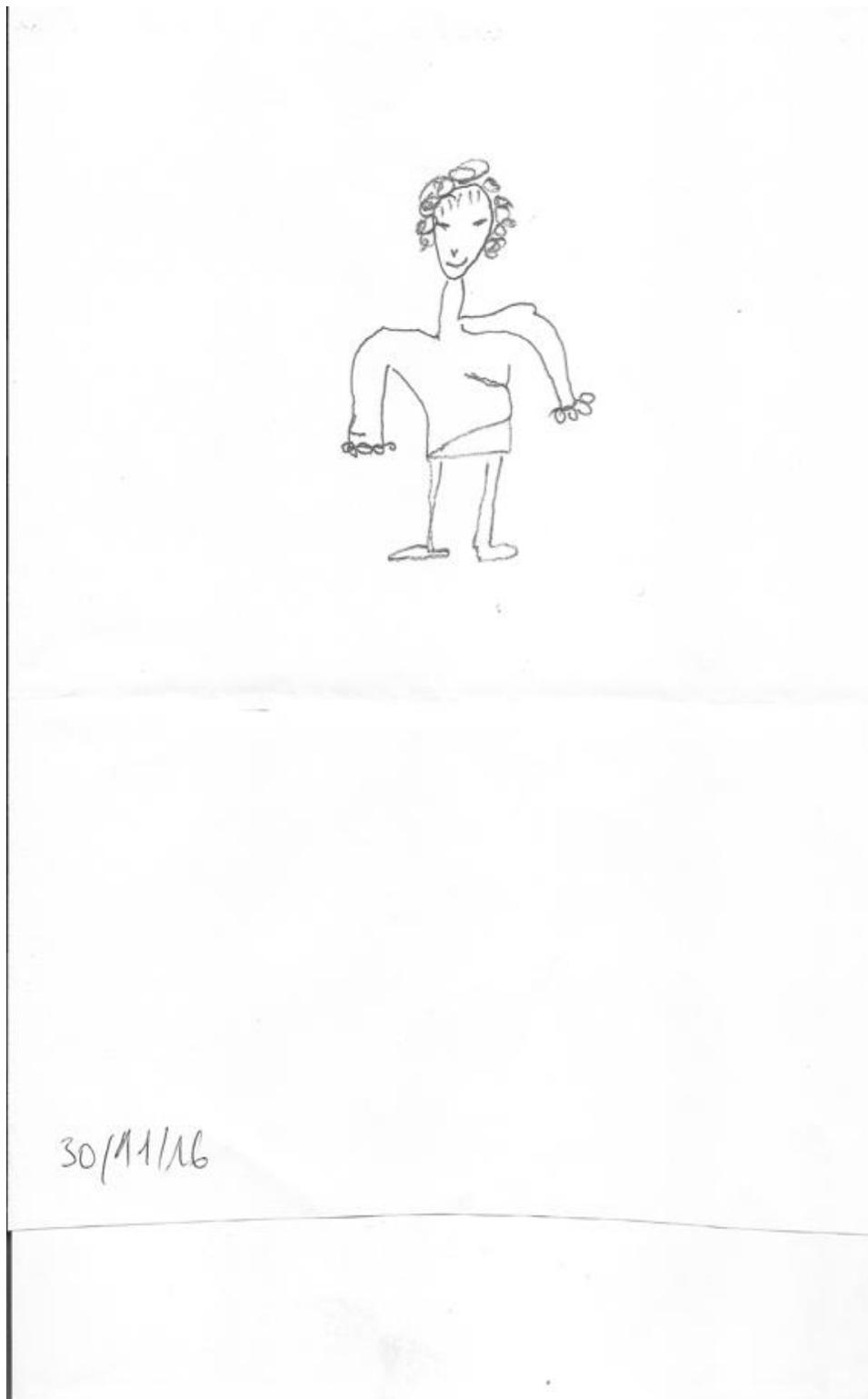
- **Aimez vous acheter des vêtements ?**
Avez-vous besoin que quelqu'un vous accompagne ou conseille pour votre choix (ami, famille, vendeur (euse)) ?

- **Quand vous achetez des vêtements quels sont les critères importants pour vous ?**
Numérotez de 1 (le plus important) à 5 (le moins important) :
Couleur, confort, prix, tissu, style

- **Faites vous attention aux vêtements que porte les autres ?**

- **Avez-vous des couleurs et/ ou des matières préférées ?**

ANNEXE 2 : Dessin de soi, Janine



ANNEXE 3 : Dessin de soi, Alexandra



05/10/16

Résumé

Le psychomotricien s'intéresse au patient comme à un individu à part entière, dans sa globalité, et porte attention au corps, à la psyché et à l'environnement de ce dernier. Mais cette analyse se fait au delà d'un élément qui pourtant est bien visible : les vêtements.

Comme tout à chacun, les patients rencontrés en psychomotricité portent et choisissent quotidiennement des vêtements. Après avoir analysé certains comportements vestimentaires, de pathologies différentes en psychiatrie adulte, il est possible de dire que l'utilisation des vêtements est significative des difficultés principales vécues par le patient.

En dehors de l'observation clinique, sur un versant plus théorique, nous nous rendons compte que les vêtements sont en lien direct avec chaque item psychomoteur. Ils en deviennent alors un élément fondamentalement psychomoteur. Il est, donc, pertinent d'insérer l'étude du comportement vestimentaire à la réalisation d'un bilan psychomoteur.

Mots-clés : vêtements, organisation psychomotrice, image du corps, enveloppe, comportement vestimentaire, items psychomoteurs, bilan psychomoteur, psychiatrie adulte

Abstract

The psychomotor sees the patient as an individual in its globality by taking care of the body, the mind and its environment. However, this analysis misses one apparent element: the clothes.

As usual, psychomotor's patients wear and choose clothes every day. A clothes behaviours analysis of pathologic adults' patients led us to this thesis: the way clothes are used is significant to the main difficulties experienced by the patient.

Beyond this clinical observation, in a theoretical point of view, we understand that garments are directly linked with each psychomotor's item. Therefore it is fundamentally a psychomotor's element. Analysing the clothes behaviour in a psychomotor's check-up is relevant

Key word : clothes, garment, body perception, cloth behaviour, psychomotor's item, adult psychiatry